

**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**
POLITÉCNICO
DO PORTO

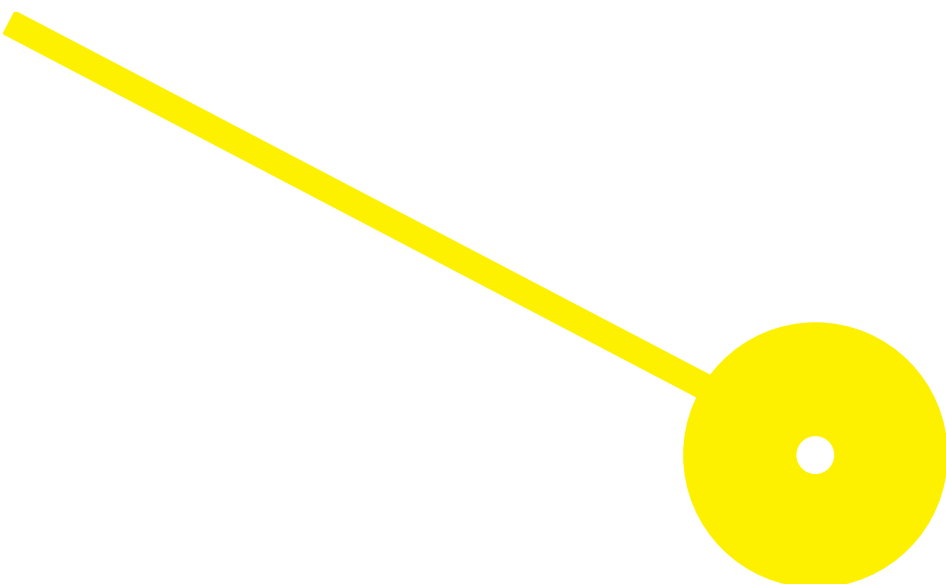
M

MESTRADO
EM TERAPIA DA FALA

Terapeutas da Fala em contexto clínico: Práticas Centradas na Família

Liliana Patrícia Ferreira

12/2020





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

**Terapeutas da Fala em contexto clínico:
Práticas Centradas na Família**

Autora

Liliana Patrícia Ferreira

Orientadora

Prof.^a Doutora Marta Joana de Sousa Pinto | ESS|P. Porto

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Terapia da Fala** – Área de Especialização em **Comunicação e Linguagem** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

A concretização deste trabalho é a conclusão de uma etapa árdua, cheia de enriquecimento pessoal e profissional mas, acima de tudo, mais um objetivo pessoal atingido.

As minhas primeiras palavras de agradecimento são, indubitavelmente, para a minha orientadora, a doutora Marta Pinto. Agradeço profundamente a motivação constante que me deu, em momentos difíceis e de maior frustração e pela forma como me mostrou que tudo é possível havendo organização e foco.

Agradeço aos docentes do mestrado em Terapia da Fala, da ESS-IPP pelo constante apoio e disponibilidade, ao longo desta jornada que foi o mestrado.

Às “Maduras” pelo grupo de apoio que foram, pelas partilhas e risadas constantes, serão certamente elementos essenciais, ao longo da minha caminhada futura, fora e dentro da Terapia da Fala.

Agradeço à Joana Frutuoso, pela amizade, pelas conversas motivadoras e por me ajudar nos momentos mais difíceis.

À minha família, que compreendeu os momentos de ausência e ajudou na nossa dinâmica, para que a minha distância fosse minimizada.

Aos meus pais, por me terem ensinado a lutar e que do trabalho árduo surgem muitas das nossas alegrias e conquistas.

Ao André, o meu porto de abrigo. Juntos temos percebido que saindo da zona de conforto é que crescemos enquanto pessoas e profissionais. Agradeço pela paciência e disponibilidade que sempre teve ao longo deste processo e pelo constante incentivo. Este trabalho também é teu.

Por fim, dedico este trabalho ao meu filho Manuel, pedindo desculpa pelas inúmeras vezes que não dei a devida atenção. A mensagem que lhe quero transmitir é que com esforço, motivação e foco, podemos alcançar todos os nossos objetivos.

Abreviaturas

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association

ELI – Equipas Locais de Intervenção

EUA – Estados Unidos da América

IP – Intervenção Precoce

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PCF – Práticas Centradas na Família

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

TF – Terapeuta(s) da Fala

Resumo

As Práticas Centradas na Família (PCF) são uma forma de prestar serviços em Terapia da Fala, caracterizadas por considerar as escolhas da família e estabelecer com esta uma relação de parceria. O contexto clínico poderá apresentar maiores desafios à utilização das PCF. Esta investigação pretendeu verificar a perceção dos Terapeutas da Fala (TF) portugueses que intervêm em contexto clínico, relativamente às PCF, sendo analisada a frequência das práticas e o grau de importância atribuído. Através de um questionário *online* e anónimo, obtiveram-se 132 respostas que foram sujeitas a análise estatística descritiva e inferencial. Verificou-se que, na generalidade, os TF utilizam as PCF, principalmente nos momentos de intervenção e prestação de serviços, atribuindo-lhes maior importância também nos mesmos momentos. Verificou-se que os TF que têm os pais presentes nas sessões têm valores de frequência das PCF superiores, nas etapas de avaliação e intervenção. Os dados obtidos sugerem que as PCF começam a ter significado para além do Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância, onde esta abordagem é já utilizada. Os TF demonstraram consciência da importância do envolvimento das famílias, embora se constata também a necessidade de formação e desenvolvimento de competências dos profissionais.

Palavras-chave: Práticas Centradas na Família, Terapeutas da Fala, contexto clínico, frequência das práticas, grau de importância.

Abstract

Family Centered Practices (FCP) are a way of providing services in Speech Therapy, characterized by considering family choices and establishing a partnership with them. The clinical context may have greater challenges to the use of FCP. The main goal of this investigation is to verify the perception of the Portuguese Speech Therapists (ST), regarding the use of FCP, on a clinical context, by analysing frequency of practices and degree of importance. Through an online and anonymous survey, 132 responses were obtained, which were subjected to descriptive and inferential statistical analysis. The results show that, ST use FCP, mainly on intervention and service provision moments, as well as the importance of the practices was attributed to the same moments. It was also found that, having the child's parents at the session, the ST have higher frequency of practices than those that do not have, in assessment and intervention moments.

The data collected suggest that FCP start to having a meaning beyond the National System of Early Childhood, where this approach is already used. ST demonstrate that they are aware of the importance of family involvement in the intervention processes, although it is also found the need for preservice training and professionals' skills development.

Keywords: Family Centered Practices, Speech therapists, clinical context, frequency of practices, degree of importance.

Índice

1. Introdução	1
1.1 Formulação do problema	2
1.2 Objetivos e Formulação de variáveis	2
1.3 Hipóteses	3
2. Enquadramento Teórico	4
2.1 Princípios das Práticas Centradas na Família	4
2.2 Modelos de Desenvolvimento	7
2.3 O processo de intervenção baseado nas PCF	10
3. Metodologia	14
3.1 Desenho da Investigação	14
3.2 População/Amostra	15
3.3 Instrumento de Recolha de Dados	15
3.4 Procedimentos de recolha de dados	16
3.5 Análise e Tratamento de dados	18
3.6 caracterização da amostra	18
4. Resultados	23
4.1 Estatística descritiva dos resultados obtidos através do questionário <i>Brass Tacks</i>	23
4.2 Análise inferencial dos dados	30
5. Discussão dos dados	38
6. Conclusão e Recomendações	46
Bibliografia	50
Anexos	56
Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados	56
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética	63

Índice de Figuras

Figura 1 – Os três níveis de abordagem desenvolvimental sistêmica, suas interações, influências recíprocas e efeitos de fatores de risco e de proteção.....	8
Figura 2 – Principais Componentes do Modelo de Intervenção Precoce de "Terceira Geração" (C. J. Dunst, 2000).....	9
Figura 3 – Ciclo de avaliação e intervenção dos serviços personalizados para crianças e famílias.....	11

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra em função da variável gênero.....	18
Tabela 2 – Caracterização da amostra em função da variável idade.....	19
Tabela 3 – Caracterização da amostra em função da variável formação.....	19
Tabela 4 – Caracterização da amostra em função das variáveis experiência profissional e experiência profissional em contexto clínico.....	20
Tabela 5 – Caracterização da amostra em função da variável local/locais de trabalho.....	21
Tabela 6 – Caracterização da amostra em função da variável presença da família nas sessões de Terapia da Fala.....	21
Tabela 7 – Caracterização da amostra em função da variável Formação Especializada.....	22
Tabela 8 – Caracterização da amostra quanto ao tipo de formação realizada.....	22
Tabela 9 – Etapa 1: Primeiros Encontros com a Família – <i>Frequência das práticas</i>	23
Tabela 10 – Etapa 1: Primeiros Encontros com a Família – <i>Importância das práticas</i>	24
Tabela 11 – Etapa 2: Identificação dos objetivos da intervenção – <i>Frequência das práticas</i>	25
Tabela 12 – Etapa 2: Identificação dos objetivos da intervenção – <i>Importância das práticas</i>	26
Tabela 13 – Etapa 3: Planificação da intervenção para a criança e família – <i>Frequência das práticas</i>	27
Tabela 14 – Etapa 3: Planificação da intervenção para a criança e família – <i>Importância das práticas</i>	28
Tabela 15 – Etapa 4: Prestação de serviços/apoios diários – <i>Frequência das práticas</i>	29
Tabela 16 – Etapa 4: Prestação de serviços/apoios diários – <i>Importância das práticas</i>	29
Tabela 17 – Média e desvio padrão da frequência e grau de importância das Etapas do Questionário <i>Brass Tacks</i>	30
Tabela 18 – Valores de Assimetria e Curtose nas quatro etapas do apoio em relação à frequência e ao grau de importância.....	31
Tabela 19 – Diferenças entre as 4 etapas de apoio em relação à frequência e à importância.....	31
Tabela 20 – Diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na Etapa 1.....	32

Tabela 21 – Diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na Etapa 2.....	32
Tabela 22 – Diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na Etapa 3.....	32
Tabela 23 – Diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na Etapa 4.....	33
Tabela 24 – Influência da formação na frequência das práticas.....	33
Tabela 25 – Influência da formação no grau de importância atribuída às práticas.....	34
Tabela 26 – Influência da experiência profissional na frequência das práticas.....	35
Tabela 27 – Influência da experiência profissional em contexto clínico na frequência das práticas.....	35
Tabela 28 – Influência da experiência profissional com o grau de importância atribuída às práticas...	36
Tabela 29 – Influência da experiência profissional em contexto clínico com o grau de importância atribuída às práticas.....	36
Tabela 30 – Presença dos pais nas sessões e a frequência das PCF.....	37
Tabela 31 – Presença dos pais nas sessões e a frequência das PCF.....	38

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Caracterização da amostra em função da variável localização geográfica.....	20
---	----

1. Introdução

O conhecimento académico de base da investigadora, levou, durante algum tempo, a acreditar que intervenções em contexto clínico, com a utilização de estratégias/intervenções definidas pelo terapeuta, teriam maior impacto no desenvolvimento de competências das crianças. De facto, os Terapeutas da Fala (TF) tendem a focar-se no diagnóstico e tratamento de problemas específicos, prestando um serviço terapêutico individualizado (Law, Reilly, & Snow, 2013).

A prestação de serviços na área da Terapia da Fala pode ser realizada tendo por base diferentes abordagens, sendo uma delas a abordagem centrada na família (Speech Pathology Australia, 2015). O potencial de uma criança é alavancado pelos profissionais que compreendem o seu desenvolvimento e pela importância das relações e interações da criança com a família e cuidadores privilegiados, no âmbito das rotinas de vida diária (Carvalho et al., 2018).

Durante a frequência do Mestrado em Terapia da Fala, as Práticas Centradas na Família (PCF), foram a temática de maior interesse da investigadora, levando a uma reflexão acerca do seu percurso profissional. Num processo de formação reflexivo, o profissional analisa as suas experiências profissionais, tentando perceber como poderá projetar novas práticas no futuro (Carvalho et al., 2018). Surgiram inúmeras questões, entre elas: “Será que já utilizava as PCF na prática profissional?”; “Como poderão ser estas práticas mais utilizadas e de forma mais eficaz, mesmo trabalhando em contexto clínico?”; “Será que outros Terapeutas da Fala, que trabalham no mesmo contexto, se preocupam com o mesmo?”; “Como será a realidade de outros colegas?”. De forma a responder a estas questões e a compreender de forma mais aprofundada a interligação entre as áreas da Terapia da Fala e as PCF, surgiu esta investigação.

A abordagem centrada na família é caracterizada pela utilização de práticas que promovem a dignidade e o respeito pela família, bem como a partilha de informação para que a família tome decisões sustentadas e informadas. Os profissionais devem ter em conta as escolhas da família e promover o envolvimento na prestação de serviços estabelecendo, desta forma, uma relação de parceria. (C. J. Dunst, 2002; C. J. Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; R. A. McWilliam, Snyder, Harbin, Porter, & Munn, 2000). Apesar de muitos profissionais acreditarem no potencial da abordagem centrada na família, ainda existem muitos desafios à sua utilização (Crais, Roy, & Free, 2006).

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), dá resposta a inúmeras famílias que necessitam de apoio, no entanto, muitas delas não conseguem obtê-lo junto deste sistema público e necessitam de recorrer a outros serviços (públicos ou privados). A formação de profissionais que integram serviços públicos e/ou privados que apoiam crianças e famílias torna-se num elemento extremamente importante para que estes consigam implementar as práticas recomendadas (Carvalho et al., 2018).

1.1 . Formulação do problema

Quando o apoio é prestado nos contextos naturais da criança, a utilização das PCF é mais frequente do que quando é realizado em clínicas ou centros de saúde (Pimentel, 2003 citado por Pereira & Serrano, 2010b). No entanto, a relação entre apoio centrado na família e diferentes contextos/locais de intervenção é semelhante, o que indica que as práticas podem ser utilizadas por diferentes profissionais em diferentes tipos de programas de intervenção (C. J. Dunst, Trivette, & Hamby, 2007). A abordagem centrada na família não depende do contexto de intervenção, mas sim da forma como se intervém (Carvalho et al., 2018).

Os serviços prestados na área da Terapia da Fala podem ter por base diversas abordagens, desde uma intervenção clínica a uma abordagem centrada na família e desenvolver-se em diferentes contextos (Speech Pathology Australia, 2015). Desta forma, a abordagem centrada na família pode ser implementada pelo profissional, independentemente do contexto (C. J. Dunst et al., 2007). De facto, segundo Dunst, (2010) citado por Carvalho et al. (2018), a intervenção realizada por um profissional, num contexto artificial e sem o envolvimento dos pais, representa uma pequena percentagem de experiências de aprendizagem. Os profissionais devem para além da intervenção direta com a criança, ajudar os pais a apoiar o desenvolvimento dos seus filhos (Mahoney e MacDonald, 2007 citados por Carvalho et al., 2018).

A experiência profissional da investigadora foi adquirida em diferentes contextos, mas maioritariamente, em contexto clínico. Em Portugal, o contexto clínico é um contexto prevalente na prática dos Terapeutas da Fala, assim como o atendimento de crianças na faixa etária 0-6 anos (Aradas, 2019; Batista, 2011).

Atendendo ao número reduzido de estudos, em Portugal, sobre o tema das PCF utilizadas por profissionais em contexto clínico, considera-se pertinente verificar qual a perceção dos TF portugueses, face à utilização das PCF, com as crianças e famílias que apoiam neste contexto.

1.2. Objetivos e Formulação de variáveis

A presente dissertação tem como objetivos:

1. Identificar a frequência das Práticas Centradas na Família, utilizadas pelos Terapeutas da Fala, em contexto clínico, no apoio prestado a crianças até aos seis anos.
2. Identificar o grau de importância atribuído às Práticas Centradas na Família, utilizadas pelos Terapeutas da Fala, no apoio prestado a crianças até aos seis anos.

3. Comparar a frequência e o grau de importância das Práticas Centradas na Família pelos Terapeutas da Fala, em contexto clínico.

1.3. Hipóteses

Depois da caracterização e descrição do problema em estudo e da formulação dos objetivos, devem ser definidas as relações que parecem ser mais prováveis, com o objetivo de serem contestadas, sendo designadas por hipóteses (Almeida & Freire, 2017).

As hipóteses formuladas a seguir reportam-se às quatro etapas do instrumento utilizado, às suas dimensões (grau de frequência e grau de importância) e a fatores que poderão condicionar a qualidade das práticas profissionais (formação e anos de serviço dos profissionais).

H1 – Existem diferenças entre as quatro etapas de apoio presentes no questionário Brass Tacks (Primeiros encontros com a família, identificação dos objetivos de intervenção, planificação da intervenção e prestação de serviços/apoios diários), no que respeita à frequência e à importância das PCF.

H2 – Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas no momento do primeiro encontro com a família (Etapa 1).

H3 – Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na identificação dos objetivos de intervenção (Etapa 2).

H4 – Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na execução do Plano de Intervenção (Etapa 3).

H5 – Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na prestação de Serviços/apoios diários (Etapa 4).

H6 – A formação em PCF dos Terapeutas da Fala influencia a frequência da sua utilização, em contexto clínico.

H7 – A formação em PCF dos Terapeutas da Fala influencia a importância que lhes é atribuída, em contexto clínico.

H8 – A experiência profissional influencia a utilização das PCF, pelos Terapeutas da Fala.

H9 – A experiência profissional em contexto clínico influencia a utilização das PCF, pelos Terapeutas da Fala.

H10 – A experiência profissional influencia a importância que é atribuída às PCF, pelos Terapeutas da Fala.

H11 – A experiência profissional em contexto clínico influencia a importância que é atribuída às PCF, pelos Terapeutas da Fala.

H12 – Os Terapeutas da Fala que têm os pais presentes na sessão, utilizam mais as PCF do que os restantes.

H13– Os Terapeutas da Fala que têm os pais presentes na sessão, atribuem maior importância às PCF do que os restantes.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Princípios das Práticas Centradas na Família

Para se falar do conceito das PCF, há que, previamente, abordar o tema precursor, a Intervenção Precoce (IP). Este termo era usado para descrever intervenções para crianças em risco ou com necessidades especiais (McWilliam, 2010). As intervenções eram centradas na criança e tinham por base o modelo médico, onde o foco eram os aspetos patológicos e as alterações que a criança possuísse. Não era dada importância ao envolvimento dos pais no processo de intervenção, sendo que os profissionais eram os peritos e os únicos capazes de intervir e “solucionar” os problemas da criança (Turnbull et al., 2007). O termo IP é, portanto, um termo que tem vindo a evoluir e a sofrer modificações. As teorias sistémicas que surgiram nos anos 60 nos Estados Unidos da América (EUA), em especial a teoria sistémica da família, foram um marco importante na implementação de medidas centradas na família, reforçando a necessidade de olhar para a família como um agente ativo no processo de intervenção (Allen & Petr, 1996 citado por Maia, 2012). A família deve ser reconhecida como o suporte mais significativo no desenvolvimento de uma criança (Bronfenbrenner, 1979 citado por Dunst, 2000). Na década de 70, nos EUA é promulgada a *Public Law 91-230*, a qual consolida a criação de alguns programas para a educação de crianças com incapacidades, já com especial enfoque na avaliação de crianças com idade inferior a 3 anos (Escorcia-Mora, 2016) Mas apenas em 1986, com a *Education of the Handicapped Act Amendments*/Emendas à Lei sobre a Educação de Indivíduos com Necessidades Especiais (PL 99-457), decretou-se a obrigatoriedade dos serviços para as crianças em idade pré-escolar e respetivas famílias, encorajando-se o desenvolvimento de programas para crianças dos 0 aos 3 anos, através de equipas multidisciplinares e de serviços coordenados (Parte H da Lei,

atualmente designada por Parte C) (P. J. McWilliam, Winton, & Crais, 2003; A. P. Pereira & Serrano, 2010a).

Em Portugal, nos anos 80, surgiram dois projetos inovadores no âmbito da IP, um deles designado por Projeto Portage para Pais, o qual era assente em visitas domiciliárias, com o objetivo de envolver os pais no processo de intervenção, sendo uma característica essencial para o desenvolvimento de competências da criança (A. I. Pinto et al., 2012). O segundo projeto era designado por Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) de Coimbra, tendo sido iniciado em 1989 e destacava-se por fornecer apoio centrado na família de forma individualizada, a crianças com idade pré-escolar com necessidades especiais, envolvendo as áreas da saúde, educação e segurança social. A formação dos profissionais já era reconhecida como um fator importante, bem como a relação de colaboração entre pais e profissionais (A. P. Pereira & Serrano, 2010b). Este programa transdisciplinar foi um dos pontos-chave na génese da intervenção precoce em Portugal bem como do seu enquadramento legal (Serrano & Boavida, 2011).

Nos anos 90, foi-se verificando um aumento de projetos de IP, sustentados pela legislação enquadradora da Educação Especial, contudo também se verificou alguma heterogeneidade nos projetos e na prestação de serviços (Maia, 2012). Pereira (2009) salienta também uma lacuna ao nível da formação dos profissionais.

Os resultados positivos do PIIP e o desenvolvimento das teorias ecológicas, sistémicas e centradas na família fomentaram a operacionalização da IP, surgindo então o Despacho Conjunto 891/99, de 19 de outubro. Este enquadra legalmente a IP em Portugal e define os três pilares fundamentais que devem caracterizar os seus programas: o envolvimento familiar, a existência de uma equipa multidisciplinar e o desenvolvimento do Plano Individual de Intervenção (PII). Estes três pontos são congruentes com as práticas recomendadas, relativamente à organização e prestação de apoios em IP, por organizações internacionais e pela evidência científica (Pereira, 2009).

Posteriormente, este despacho viria a ser substituído pelo Decreto-Lei (DL) 281/2009, o qual criou formalmente o SNIPI (Carvalho et al., 2018; A. I. Pinto et al., 2012).

No Decreto-Lei 281/2009, a IP é definida por

“o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social, destinam-se a crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias”.

O SNIPI tem como objetivos

“assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades através da ação da IPI em todo o território nacional; detetar e sinalizar todas as crianças com alterações das estruturas ou funções do corpo, assim como situações de alto risco para problemas

do desenvolvimento; intervir, após a deteção e sinalização, com base nas necessidades do contexto familiar de cada uma das crianças elegíveis, com o objetivo de prevenir ou reduzir atrasos no seu desenvolvimento; apoiar o acesso das famílias aos serviços e recursos adequados a cada situação; envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de apoio social” (Carvalho et al., 2018)

Este Sistema é composto por uma comissão nacional de coordenação, por cinco subcomissões regionais e pela Equipas Locais de Intervenção (ELI). Existe também uma rede de núcleos de supervisão técnica que fazem a ponte entre a coordenação e as ELI (Carvalho et al., 2018).

As ELI são a base do SNIPI, tendo como pressupostos a intervenção em contextos naturais e a facilitação do envolvimento dos cuidados de saúde primários. São equipas constituídas por variados profissionais, pertencentes aos três Ministérios que coordenam a atuação do SNIPI: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

Todas estas mudanças sociais e legislativas nos últimos anos, têm implicado novos desafios quer para os profissionais, quer para as famílias sendo essencial que se continue a investir fortemente na formação dos profissionais e na participação das famílias (Pinto, 2018).

A abordagem centrada na família tem um impacto positivo na união entre família e criança (C. Dunst, Trivette, & Hamby, 2010). Esta abordagem também contribui para a diminuição dos índices de *stress* que invadem as famílias e ajuda os pais a estabelecer uma melhor relação com as suas crianças. Desta forma, poderão promover, com maior eficácia o desenvolvimento e a aprendizagem da criança nas diversas áreas (Mayer et al, 2002 citados por Vilaseca et al., 2018)

As Práticas Centradas na Família são consideradas como ferramenta de intervenção, na promoção de oportunidades de aprendizagem, sendo os seus princípios orientadores apresentados de seguida (C. J. Dunst, 1997):

1. As famílias e os seus membros são sempre tratados com dignidade e respeito;
2. Os profissionais devem ser sensíveis e atender à diversidade cultural, étnica e socioeconómica das famílias;
3. O processo de tomada de decisão das famílias acontece em todos os níveis de envolvimento ao longo da intervenção;
4. Os profissionais devem partilhar (imparcialmente) toda a informação que as famílias necessitam para que possam realizar escolhas e tomar decisões informadas;
5. As práticas de intervenção focam-se nos desejos, prioridades e preferências das famílias;
6. Os profissionais disponibilizam apoios, recursos e serviços às famílias de forma individualizada;
7. De forma a atingir os objetivos delineados pela família, recorre-se a apoios e recursos formais, informais e da comunidade;

8. Os profissionais constroem as vias principais de fortalecimento da família através dos pontos fortes, capacidades e interesses da criança;
9. Os profissionais e famílias são parceiros colaborativos, baseados no respeito mútuo e na partilha do processo de resolução de problemas;
10. Os profissionais usam práticas de prestação de ajuda que apoiam e fortalecem o funcionamento familiar.

As práticas que operacionalizam as PCF podem ser caracterizadas por dois tipos de práticas: relacionais e participativas (C. J. Dunst & Espe-Sherwindt, 2016). As práticas relacionais dizem respeito às competências tipicamente associadas à forma como os profissionais estabelecem relações com a família – escuta ativa, compaixão, empatia, respeito, honestidade – e com as crenças que os profissionais têm acerca das famílias, designadamente sobre as suas capacidades parentais. Os profissionais demonstram práticas relacionais quando interagem com a família de forma calorosa e cuidada, ouvindo ativamente e refletindo sobre o que os pais dizem, mas também demonstram estas práticas quando têm em conta as forças da família, comunicando de forma positiva e reconhecendo as competências da mesma para o atingimento dos objetivos delineados ou desejados (Carvalho et al., 2018). As práticas participativas são aquelas que são individualizadas, flexíveis que respondem às preocupações e prioridades das famílias e que promovem oportunidades para a mesma se envolver ativamente nas decisões, assim como para a aquisição de novas competências (Carvalho et al., 2018). Ambas as práticas estão associadas a resultados positivos, contudo as práticas participativas são aquelas que mais contribuem para o atingimento de objetivos propostos (C. J. Dunst et al., 2007). A utilização destas práticas, por parte dos profissionais, requer uma mudança de paradigma, na medida em que deixam de ser os profissionais a provocar mudanças na família e na criança, para serem agentes responsáveis na capacitação da família e ela própria conseguir chegar ao resultado pretendido (C. J. Dunst & Espe-Sherwindt, 2016).

2.2. Modelos de Desenvolvimento

Os modelos explicativos do desenvolvimento humano são uma base teórica fundamental para a definição do conceito da IP. O desenvolvimento da criança tem sido explicado tendo em conta a influência que os ambientes sociocultural, familiar e parental exercem sobre a criança e as interações precoces ao longo do desenvolvimento (Escorcia-Mora, 2016).

- Modelo de Desenvolvimento Sistémico para a Intervenção Precoce de Guralnick (Guralnick, 2001, 2005)

O modelo de desenvolvimento sistémico (MDS) (Guralnick, 2001, 2005) surgiu com o objetivo de uniformizar as práticas em IP, fazendo o paralelismo entre a teoria e a prática, criando um modelo que integre os princípios e conhecimentos de outras teorias e que seja generalizável a todo o tipo de população e a todas as regiões. Este modelo é influenciado pelos modelos bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 2006) e transacional (Sameroff & Fiese, 2000)) e tem um contributo fundamental na definição de linhas orientadoras que têm dado maior consistência e eficácia às práticas de IP (Carvalho et al., 2018). A Figura 1 representa os três principais níveis do MDS - Desenvolvimento da criança, Padrões de Interação Familiar e Recursos da família - e identifica algumas das principais inter-relações que ocorrem entre os vários componentes do sistema e os seus três níveis.

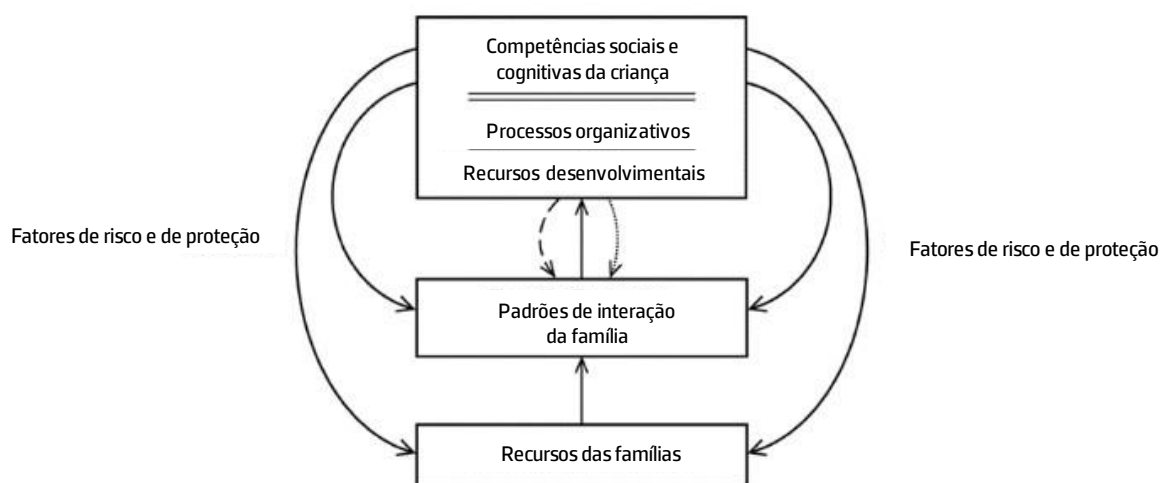


Figura 1 – Os três níveis de abordagem desenvolvimental sistémica, suas interações, influências recíprocas e efeitos de fatores de risco e de proteção – Guralnick (2011) adaptado de Carvalho et al. (2018).

O primeiro nível correspondente ao desenvolvimento da criança identifica os componentes que constituem os recursos desenvolvimentais e os processos organizativos, bem como de que forma a criança os utiliza para expandir as suas competências sociais e cognitivas (Guralnick, 2011, 2017). Este nível é influenciado por fatores genéticos, epigenéticos e biológicos, mas também por fatores relativos às experiências da criança com o meio, o que nos leva ao segundo nível – padrões de interação familiar (Guralnick, 2017). O segundo nível reconhece a influência das características da criança nos padrões de interação familiar. Existem fatores de risco e fatores de proteção para o desenvolvimento da criança, sendo estes o maior foco da intervenção em IP (Guralnick, 2017). No terceiro nível, o MDS identifica os recursos da família, como tendo influência direta nos padrões de interação familiar (Guralnick, 2011, 2017). Os programas de IP têm como principal objetivo analisar os padrões de interação familiar e os

recursos da família que podem estar a ser perturbados pela existência de uma criança com necessidades especiais ou em risco. Desta forma, a existência de uma criança com necessidades especiais ou em risco poderá ser promotora de momentos stressantes e pode provocar efeitos adversos nos padrões de interação familiar ao longo do tempo e, consequentemente, no desenvolvimento social e cognitivo da criança. Conclui-se, portanto, que o objetivo primordial dos programas de intervenção precoce é (re)estabelecer os padrões de interação familiar (Guralnick, 2011).

- Modelo de Intervenção Precoce de Terceira Geração Baseada na Evidência (C. J. Dunst, 2000)

A IP encontra-se conceptualizada no modelo de Dunst (2000), sendo este integrado e baseado em: oportunidades de aprendizagem da criança (Dunst e Bruder, 1999 citados por Dunst, 2000); apoio aos pais (Cowan, Powell e Cowan, 1998 citados por Dunst, 2000); apoios e recursos da família/comunidade, tendo por base as práticas centradas na família (Trivette e Dunst, 1998 citados por Dunst, 2000), como se pode verificar na Figura 2.

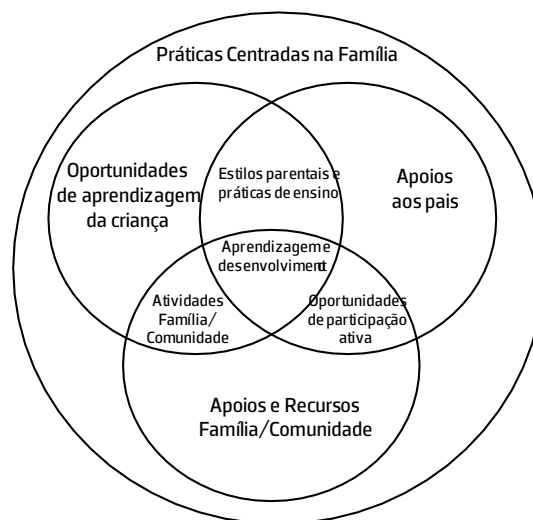


Figura 2 – Principais Componentes do Modelo de Intervenção Precoce de "Terceira Geração" (C. J. Dunst, 2000)

As oportunidades de aprendizagem da criança devem ter por base os seus interesses e devem igualmente promover a aquisição de competências que resultem numa sensação de domínio das suas capacidades (C. J. Dunst, 2000). Estas oportunidades surgem tanto na vida familiar como na vivência na comunidade e também nos espaços formais de aprendizagem (Carvalho et al., 2018).

O apoio à família compreende a partilha de informação, conselhos e orientação que serve para solidificar os conhecimentos pré-existentes dos pais, bem como a promoção de novas competências,

necessárias para cuidar da criança e proporcionar-lhe oportunidades de aprendizagem que potenciem o seu desenvolvimento (C. J. Dunst, 2000).

O apoio e recursos da família e da comunidade dizem respeito a recursos intrafamiliares, informais (p. ex. amigos), comunitários e formais (p. ex. serviços) necessários aos pais para que tenham o tempo e a energia física e psicológica de que necessitam para se envolverem nas tarefas parentais e de prestação de cuidados à criança (Carvalho et al., 2018; C. J. Dunst, 2000).

As oportunidades de aprendizagem que surgem em atividades sociais e não sociais são contextos essenciais para a aprendizagem e desenvolvimento da criança. Estas reforçam as suas competências, assim como as dos pais e família (C. J. Dunst, 2000).

As práticas centradas na família são a base da atuação deste modelo, atribuindo à família o papel central e essencial na tomada de decisões e ações que envolvem a criança, pais e família (C. J. Dunst, 2000).

A interseção dos domínios do modelo abre caminho para novos elementos relativos a práticas recomendadas, nomeadamente (C. J. Dunst, 2000):

- a) Oportunidades de aprendizagem das crianças com os apoios familiares e da comunidade: atividades contextualizadas que são fontes naturais de aprendizagem e que surgem nas diferentes atividades do quotidiano, como por exemplo idas ao parque, à missa ou refeições;
- b) Oportunidades de aprendizagem da criança com o apoio dos pais: definidas pelos estilos de famílias e práticas de intervenção que têm maiores probabilidades de ter consequências benéficas na promoção das competências da criança;
- c) Cuidados parentais com os apoios familiares e da comunidade: a rede de apoio familiar e comunitária fornece apoio emocional e instrumental, promovendo novas oportunidades de aprendizagem e estilos de interação para os pais.

Neste modelo, a importância da abordagem centrada na família é mais uma vez ressaltada, promovendo o bem-estar de todos os membros da família, mobilizando as redes sociais e de apoio informal (C. J. Dunst, 2000).

2.3. O processo de intervenção baseado nas Práticas Centradas na Família

A relação do TF com a família tem um papel crucial no processo de intervenção. Assim, o TF deve estabelecer uma relação terapêutica de aliança com a família, perceber os limites destas relações, usar estratégias de resolução de problemas de forma colaborativa, ter conhecimento dos valores, crenças, atitudes da família, experiências passadas e estar consciente do impacto das informações que lhes transmite (ASHA, 2016).

A abordagem centrada na família é definida como uma filosofia onde a família é o elemento central e fulcral, sendo tido em conta os seus pontos fortes, únicos e diferenciados. A família é reconhecida e respeitada e as práticas que estão inerentes a esta abordagem têm como principal objetivo capacitar a família e promover as suas forças e competências (C. J. Dunst, 2002). As PCF não substituem outro tipo de intervenções, mas referem-se à forma como as intervenções são prestadas à criança e família (Carvalho et al., 2018)

Perante a nova perspetiva de que os profissionais deixam de ser decisores para passarem a ser facilitadores, torna-se essencial a reflexão sobre as práticas atuais dos profissionais e a forma de intervir. As intervenções devem ganhar uma nova dimensão, voltadas para a maximização do desenvolvimento da criança e, primordialmente, promover a autonomia e capacitação da família (Carvalho et al., 2018; Serrano & Boavida, 2011). Esta abordagem encontra muitos desafios à sua implementação, nomeadamente pela mudança de atuação dos profissionais, mas também pela família ainda optar por uma intervenção centrada na criança seguindo o modelo médico (Espe-Sherwindt, 2008).

No processo de intervenção dirigido à idade pediátrica, em particular dos zero aos seis anos, é a família que assume o papel principal, sendo que o profissional, neste caso o Terapeuta da Fala, deve seguir as práticas recomendadas, nomeadamente no que diz respeito ao processo de avaliação e intervenção. O ciclo de intervenção de Simeonsson et al (1996), citado por Carvalho et al., (2018) caracteriza um processo contínuo e dinâmico de intervenção, desde o momento da referenciação até ao momento de transição (Figura 3).

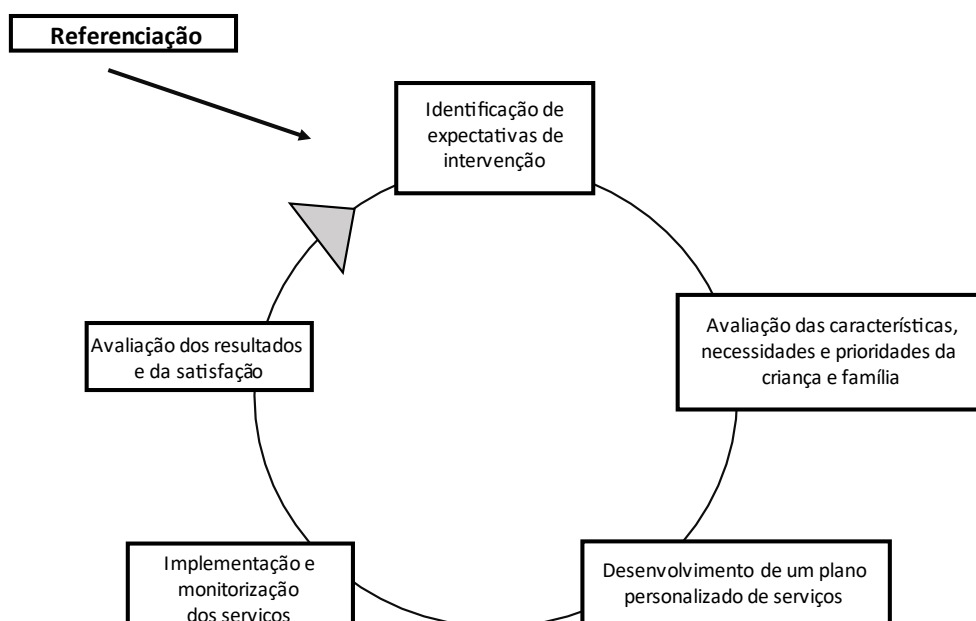


Figura 3 – Ciclo de avaliação e intervenção dos serviços personalizados para crianças e famílias. Simeonsson et al. (1996) adaptado de Carvalho et al. (2018)

O ciclo inicia-se com a Referenciação, sendo, nesta fase, notificado o serviço, para que sejam encontradas as respostas mais adequadas para as necessidades apresentadas pela criança referenciada (Carvalho et al., 2018).

Os Primeiros Contactos são a fase seguinte do ciclo e constituem-se de máxima importância, na medida em que é nestes primeiros momentos de contacto com a família que se estabelecem as bases de uma relação de confiança e de colaboração entre família e profissional (Carvalho et al., 2018).

A etapa seguinte é a Avaliação que possibilita “identificar preocupações, prioridades e recursos da família, conhecer as competências funcionais da criança e as características dos contextos” (Carvalho et al., 2018). No momento da avaliação, os profissionais têm a oportunidade de demonstrar à família o quão importantes podem ser nesta fase, sendo esta facilitadora durante a elaboração do plano de intervenção individualizado. Este plano será específico para a criança e sua família (Carvalho et al., 2018).

O momento seguinte é o desenvolvimento do plano individual de intervenção, sendo este um suporte à implementação das PCF que começa a ser construído desde o primeiro contacto e vai ganhando forma durante a avaliação (Carvalho et al., 2018). Os objetivos devem ser direccionados à criança e à família e devem ser definidos com critérios de aquisição, generalização e período de tempo. A fase de Implementação e Monitorização consiste na intervenção com a família, através de estratégias e atividades desenvolvidas nos contextos naturais da criança (domicílio e contextos formais de educação) e baseadas nas suas rotinas (Carvalho et al., 2018).

A fase Avaliação dos resultados e da satisfação avalia “os resultados da intervenção e satisfação da família na perspetiva do seu controlo sobre o processo e do seu fortalecimento e não só ao nível da concretização dos objetivos” (Carvalho et al., 2018). A criança deverá ser acompanhada até à fase de Transição, assegurando processos de transição para outros programas, serviços ou contextos educativos, de forma adequada (Carvalho et al., 2018).

Ao longo dos anos, surgiram muitas mudanças nas perspetivas do desenvolvimento humano e no que respeita aquela que se considera a intervenção mais eficaz junto de crianças com atraso de desenvolvimento ou em risco de desenvolver um atraso de desenvolvimento. Atualmente, ainda vigoram dois modelos distintos: o modelo médico (DiLollo & Favreau, 2010; Espe-Sherwindt, 2008) e o modelo biopsicossocial (Carvalho et al., 2018).

Na área da Terapia da Fala, em particular no tratamento de perturbações da comunicação, continua a haver uma tendência para a utilização do modelo médico, verificando-se a utilização de “terapias estruturadas” pelos TF, ao longo da intervenção. Estas “terapias” são descritas como tarefas e comportamentos desejáveis, solicitadas pelo terapeuta (sendo este o especialista) e o paciente aquele que necessita de corrigir um determinado erro. Esta forma de atuação é descrita como ainda muito presente nos EUA em escolas públicas, hospitais e clínicas privadas (DiLollo & Favreau, 2010).

Também em Espanha, atualmente ainda se continua a verificar que o modelo de intervenção predominante é o modelo terapeuta-especialista, onde todo o peso da intervenção está ao encargo do terapeuta/profissional e a maior parte da intervenção é realizada em centros de IP (García-Sánchez, Rubio-Gómez, Orcajada-Sánchez, Escorcia-Mora, & Cañadas, 2018).

A IP defende uma intervenção segundo um referencial biopsicossocial, com intervenções centradas na família, intervenções nos contextos naturais da criança e baseadas nas rotinas e num modelo transdisciplinar (Gonçalves, 2018).

Os TF devem equilibrar as suas competências técnicas direcionadas para a deteção de défices com deteção de pontos fortes orientando-se para um modelo centrado na família (Beatson, 2006). O papel da família é essencial ao longo do processo de intervenção com crianças que necessitam de acompanhamento em Terapia da Fala (McKean, Phillips, & Thompson, 2012). Este papel é já reconhecido há várias décadas dado que a família contribui para a generalização das aprendizagens da criança nos seus variados contextos, nas suas rotinas e com variados parceiros comunicativos (Woods et al, 2011). As atividades que são mediadas pelos profissionais, com orientação e aconselhamento aos pais ou outros prestadores de cuidados, irão otimizar as oportunidades de aprendizagem da criança o que, consequentemente, terá repercussão no seu desenvolvimento (Roper & Dunst, 2003).

O papel da família é essencial, ao longo do processo de intervenção com crianças que necessitam de acompanhamento em Terapia da Fala (McKean, Phillips, & Thompson, 2012). Este papel é já reconhecido há várias décadas pois a família contribui para a generalização das aprendizagens da criança nos seus variados contextos, nas suas rotinas e com variados parceiros comunicativos (Woods et al, 2011).

Na Austrália, no estudo de Pappas et al (2008) os TF entrevistados, referiram que embora acreditem no conceito das PCF, na sua prática continuam a utilizar um modelo centrado no terapeuta, nomeadamente no poder de decisão no processo terapêutico. No mesmo estudo, os TF referiram que a intervenção é totalmente realizada num contexto clínico, sendo o terapeuta a definir objetivos, estratégias de intervenção e atividades para realizar no domicílio da criança. Contudo, também é referido que quanto maior o envolvimento dos pais na intervenção, melhores serão os resultados para a criança (Pappas et al., 2008).

Assim como outras áreas das ciências da saúde, também a Terapia da Fala tem mudado à medida que têm evoluído nas interações com a família (Rodríguez, 2016).

No estudo de Aradas (2019), analisou-se a utilização da abordagem baseada nas rotinas, pelos TF portugueses, contatando-se que embora esta abordagem seja mais implementada em contexto de IP, esta também poderá ser aplicada noutros contextos onde o terapeuta intervém.

Batista (2011) analisou o perfil do TF em Portugal, destacando-se que 72,3% dos TF que participaram no estudo, exercem a sua atividade profissional em clínicas/consultórios/gabinetes privados

(contexto clínico). Também no estudo de Aradas (2019), 74,5% dos TF exercem a sua função em contexto clínico. Igualmente em ambos os estudos, a problemática mais prevalente em atendimento são as perturbações da comunicação e linguagem, características da idade em estudo (0-6 anos). Estes dados levam a afirmar que, em Portugal, o contexto clínico é um contexto prevalente na prática dos TF, assim como o atendimento de crianças na faixa etária 0-6 anos. Dunst et al. (2012) referem que o contexto clínico é um ambiente descontextualizado e que não se transforma em oportunidades naturais de aprendizagem. Contudo, algumas crianças beneficiam com um acompanhamento individualizado no âmbito da Terapia da Fala, outras beneficiam da capacitação das famílias para a implementação de estratégias de comunicação e linguagem e noutros casos até poderá ser a combinação dos dois modos (ASHA, 2016). Porém, a literatura refere que quando o apoio prestado pelos profissionais é centrado na família, os resultados obtidos são similares, independentemente do contexto (Dunst et al., 2007). Assim, surge a questão de investigação, pretendendo verificar a utilização e a importância das PCF pelos TF que exercem em contexto clínico.

3. Metodologia

Neste capítulo serão apresentadas todas as etapas concretizadas na elaboração deste estudo. Será descrito o desenho da investigação, a população/amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos utilizados, a análise e o tratamento de dados. Termina-se com a caracterização da amostra.

3.1. Desenho da Investigação

O desenho definido para este estudo é de natureza quantitativa, na medida em que foi realizada uma análise de fenómenos observáveis e uma medição em variáveis, passíveis de comparação (Almeida & Freire, 2017). É transversal, no que respeita à recolha de dados uma vez que se recorreu a um questionário *online*, com o objetivo de obter uma amostra alargada. Também se pode afirmar que se trata de um estudo correlacional pois com os dados recolhidos foi realizada a descrição de fenómenos e análise de interações entre diferentes variáveis, de forma a responder às hipóteses definidas (Almeida & Freire, 2017). Foram analisadas as interações entre as variáveis, como por exemplo, de que forma a experiência profissional ou a formação e se influenciam ou não a frequência das PCF, pelos TF.

3.2. População/Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 132 TF, que exercem funções em contexto clínico, em Portugal. Como critérios de inclusão definiu-se que deviam ser TF a exercer a sua prática em clínicas, hospitais públicos e privados, centros de saúde ou centros de reabilitação. Outro critério de inclusão considerado foi o apoio a famílias com crianças até aos 5 anos e 11 meses. Também foram aceites os TF que já tivessem trabalhado em contexto clínico e as suas respostas se reportassem à experiência nesse contexto, independentemente do número de horas que lá exercem ou exerceram. Não foram excluídos os TF que embora trabalhassem noutros contextos que não os referidos acima, acumulassem a atividade em contexto clínico.

O método de amostragem utilizado foi o método por conveniência, considerando-se que foi analisado um determinado grupo de TF, com determinadas condições (Almeida & Freire, 2017; Coutinho, 2020), nomeadamente os critérios de inclusão definidos acima.

3.3. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento utilizado nesta investigação foi composto por duas partes (Anexo 1). A primeira parte respeita à informação sócio-demográfica e profissional dos respondentes e a segunda ao questionário *Brass Tacks*: Avaliação das Práticas Centradas na Família na Intervenção Precoce, versão avaliação do profissional¹.

A primeira parte do questionário, designada por caracterização sócio-demográfica, foi construída pela investigadora e teve como objetivo a recolha de dados acerca das variáveis que caracterizam a amostra. Esta parte, foi ainda sujeita a um pré-teste por um painel de peritos de forma a garantir a clareza das perguntas e a facilidade nas respostas.

A segunda parte é composta pelo questionário *Brass Tacks* que foi desenvolvido no Frank Porter Graham Child Development Center, da University of North Carolina at Chapel Hill, por Pam, J. McWilliam e Robin, A. McWilliam (1993). Este instrumento tem como objetivo principal a identificação das alterações necessárias a introduzir nas práticas individuais dos profissionais, ou num determinado projeto, que possibilitem a melhoria e/ou aperfeiçoamento das PCF. O instrumento identifica, portanto, as PCF utilizadas pelos profissionais, bem como o grau de importância atribuído às mesmas. Avalia quatro etapas dos apoios, num total de 48 itens, sendo as etapas descritas de seguida:

- Etapa 1 – Primeiros encontros com a família (seis itens de frequência + seis itens de importância);
- Etapa 2 – Identificação de objetivos de intervenção (sete itens de frequência + sete itens de importância);

¹ *Brass Tacks: A Self-Rating of Family-Centered Practices in Early Intervention, Part II – Individual Interactions with Families* – Pam. J. McWilliam e Robin A. McWilliam (1993)

- Etapa 3 – Elaboração do plano de intervenção (seis itens de frequência + seis itens de importância);
- Etapa 4 – Prestação de serviços e de apoios (cinco itens de frequência + cinco itens de importância);

Este instrumento utiliza, para a avaliação da frequência e da importância das práticas, uma escala de *Likert* com cinco opções de resposta. Para a avaliação da frequência das práticas as opções de resposta são: nunca (1); raras vezes (2); algumas vezes (3); usualmente (4); e sempre (5). No que respeita à avaliação da importância das práticas, as opções de resposta são: nada importante (1); por vezes importante (2); importante (3); muito importante (4); e importantíssimo (5).

Este instrumento foi traduzido e validado por Pereira (2009), no âmbito da sua tese de doutoramento. Foi pedida a autorização para a utilização do *Brass Tacks*, à investigadora responsável pela tradução e validação do instrumento para o Português europeu, de forma a cumprir com os requisitos éticos e científicos que uma investigação exige, pedido este que foi concedido.

Importa referir que a escolha deste instrumento teve por base a importância atribuída à capacidade do profissional em utilizar as PCF e promover as competências dos pais. Para além disto, permite aos profissionais refletirem sobre as suas atuais práticas (R. A. McWilliam et al., 2000). O questionário *Brass Tacks* é também um instrumento que permite verificar a implementação de práticas específicas em diferentes momentos do apoio e não apenas num momento específico, (Crais et al., 2006) dando uma visão mais alargada acerca da utilização das PCF pelos profissionais.

O questionário foi divulgado via correio eletrónico, pela rede de contactos da investigadora, sendo solicitado aos participantes que divulgassem também pela sua rede de contactos. Os respondentes acederam ao questionário através de uma hiperligação que seguia no corpo do correio eletrónico. Esta hiperligação direcionava para a plataforma *SurveyMonkey*, onde era possível preencher o questionário e submeter as respostas. O questionário esteve disponível durante o mês de julho de 2019, sendo realizada, ao longo deste tempo, uma monitorização do número de respostas completas que iam sendo obtidas.

3.4. Procedimentos de recolha de dados

O primeiro momento deste estudo consistiu numa pesquisa de questionários existentes, que analisassem as PCF, no que diz respeito aos profissionais. Posteriormente, foi realizada uma reunião com a orientadora do estudo para discussão dos materiais recolhidos e decisão quanto ao mais adequado para esta investigação.

Uma vez definido o instrumento de recolha de dados, solicitou-se à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, um parecer ético à realização da presente investigação, com o número de registo 1739, tendo obtido parecer favorável a 19 de junho de 2019 (Anexo 2).

O instrumento de recolha de dados foi convertido para o formato digital, recorrendo à plataforma *online SurveyMonkey*. Considerou-se a modalidade *online* como mais vantajosa, na medida em que facilita a divulgação do instrumento por correio eletrónico, podendo-se recolher uma elevada quantidade de dados sem necessidade de deslocação por parte da investigadora, tal como referem os autores Dillman, Tortora, & Bowker (1999). A plataforma utilizada permite descarregar a base de dados num documento Excel, ferramenta esta que é manifestamente vantajosa na fase da análise e tratamento de dados.

Já no formato *online*, a primeira parte do questionário, relativa aos dados sócio-demográficos, foi submetida a um pré-teste, realizado por quatro TF pertencentes à população, mas que não fizeram parte da amostra. Estes TF foram selecionados, principalmente por terem experiências de trabalho diferentes (dois no contexto clínico, um no contexto educacional e um que já tinha utilizado a plataforma *SurveyMonkey* numa investigação, sendo utilizador experiente). O principal objetivo do pré-teste era obter a opinião destes TF acerca das questões/itens que compõem a primeira parte do instrumento e sobre a sua pertinência. Foi sugerido adicionar a localização geográfica à caracterização sócio-demográfica, tendo sido uma sugestão pertinente e aceite. Outro objetivo era saber qual a média temporal de preenchimento da totalidade do questionário, no formato *online*. Uma das preocupações da investigadora era proporcionar aos respondentes um questionário acessível e de rápido preenchimento para, desta forma, aumentar a adesão à participação. Os TF que responderam à totalidade do questionário demoraram, em média, dez minutos a completar todas as questões.

Após as reformulações, foi elaborada a versão final do instrumento (Anexo 1). A plataforma permitiu criar uma hiperligação, a qual foi divulgada e partilhada pela rede de contatos da investigadora, via correio eletrónico. No corpo do correio eletrónico enviado foi realizado o convite ao preenchimento do instrumento, bem como a contextualização da investigação e o seu principal objetivo. Também foi referido o tempo médio de preenchimento e solicitado o encaminhamento da hiperligação pela rede de contactos do possível respondente.

De forma a garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato, não foram solicitados quaisquer dados que pudessem identificar os respondentes e apenas a investigadora teve acesso aos dados obtidos. Também foram ressalvadas questões éticas em relação à participação no estudo, bem como a autorização para publicação de resultados.

O questionário *online* foi construído de forma a que os respondentes fossem incluídos ou excluídos, consoante as suas respostas. Assim, todas as perguntas eram de resposta obrigatória e não lhes era permitida a progressão no questionário, se não apresentassem os critérios de inclusão definidos.

3.5. Análise e Tratamento de dados

No que diz respeito ao tratamento dos dados recolhidos, foi realizada a análise estatística descritiva e, posteriormente, a inferencial.

A estatística descritiva permite descrever as características das variáveis recorrendo às medidas de frequências absolutas (n), relativas (%), e medidas de dispersão, como o desvio padrão (Almeida & Freire, 2017). A análise estatística inferencial é direcionada para a testagem das hipóteses e análise das relações entre as variáveis (Almeida e Freire, 2017).

Neste estudo foram realizados os seguintes testes:

- Teste *t Student* para comparação de amostras independentes;
- Teste *t Student* para comparação de amostras emparelhadas;
- A análise de variância univariada (ANOVA) para analisar a influência de mais do que uma variável independente em variáveis dependentes;

O nível de significância mínimo considerado foi de 0.05 ($p < 0.05$).

Para a concretização desta análise foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.

3.6 Caracterização da amostra

Participaram nesta investigação 132 TF, sendo que destes respondentes, 126 afirmaram que trabalhavam em contexto clínico e os restantes seis responderam que já tinham tido experiência em contexto clínico, pelo que foram incluídos. Desta forma, a amostra considerada foi de 132 participantes.

No que diz respeito ao género, e tendo em conta a amostra de 132 respondentes, constatou-se que 94,7% dos participantes são do género feminino, sendo os restantes do género masculino, como se pode verificar na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra em função da variável género

Género	Frequências		
	N	%	
	Feminino	125	94.7
	Masculino	7	5.3
	Total	132	100.0

Relativamente à idade, a maioria dos TF respondentes situa-se na faixa etária dos 26 – 30 anos (36.4%). Na tabela 2 são apresentadas as frequências absolutas e correspondentes percentagens, relativas à variável idade.

Tabela 2 – Caracterização da amostra em função da variável idade

		Frequências	
		N	%
Idade (anos)	20-25	18	13.6
	26-30	48	36.4
	31-35	37	28
	36-40	15	11.4
	41-45	5	3.8
	46-50	4	3
	>51	5	3.8
	Total	132	100.0

Em relação à formação dos TF, como se pode verificar na Tabela 3, a maioria, para além da licenciatura, tem também pós-graduação, representando 35.6% da amostra.

Tabela 3 – Caracterização da amostra em função da variável formação

		Frequências	
		N	%
Formação	Bacharelato/Licenciatura	44	33.3
	Pós-graduação	47	35.6
Académica	Mestrado	38	28.8
	Doutoramento	3	2.3
Total		132	100.0

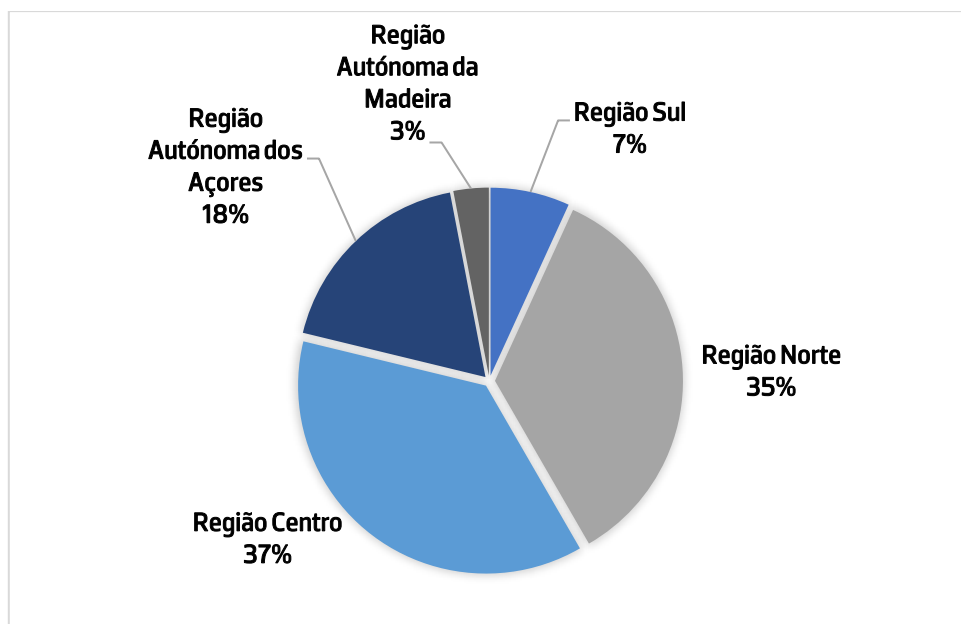
Apresenta-se, de seguida, a caracterização da amostra, no que toca ao número de anos de experiência profissional e ao número de anos de experiência profissional no contexto clínico. A maioria dos profissionais têm desde zero a dez anos de experiência profissional. No que toca à experiência profissional no contexto clínico, 40,9% têm desde zero a cinco anos de experiência. Segue abaixo, na Tabela 4, a descrição detalhada destas variáveis.

Tabela 4 – Caracterização da amostra em função das variáveis experiência profissional e experiência profissional em contexto clínico

Experiência Profissional (nº de anos)			Experiência Profissional em contexto clínico (nº de anos)		
Frequências			Frequências		
	N	%		N	%
0-5	46	34.8	0-5	54	40.9
6-10	45	34.1	6-10	43	32.6
11-15	21	15.9	11-15	19	14.4
16-20	10	7.6	16-20	7	5.3
>21	10	7.6	> 21	9	6.8
Total	132	100.0	Total	132	100.0

No que diz respeito à localização geográfica dos Terapeutas da Fala inquiridos, estes distribuem-se conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Caracterização da amostra em função da variável localização geográfica



Verifica-se que a amostra é variada pelas diferentes regiões de Portugal continental e regiões autónomas, ainda que a maioria dos participantes se localizem na região Centro (37%) e na região Norte (35%). Tal facto, poderá dever-se à rede de contactos da investigadora se localizar principalmente nestas regiões.

Relativamente ao contexto onde os TF inquiridos exercem as suas funções, os dados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização da amostra em função da variável local/locais de trabalho

		Frequências	
		N	%
Local de Trabalho	Clínica + contexto escolar	51	38.6
	Hospital	29	22.0
	Clínica	20	15.2
	ELI + clínica	12	9.1
	Contexto escolar	6	4.5
	Centro de Saúde	5	3.8
	Outros + clínica	9	6.8
	Total	132	100

Verificou-se que 126 dos inquiridos trabalham atualmente em contexto clínico, sendo que os restantes seis trabalham, de momento, apenas em contexto escolar; as suas respostas foram dadas tendo em conta a experiência prévia em contexto clínico. Na tabela 5 verifica-se que a maioria dos TF desempenha as suas funções em clínica e em contexto escolar (38,6%). Na designação “Outros” incluem-se os participantes que responderam “Outros locais de trabalho”, para além dos que estavam listados; aqui também se incluíram os respondentes que exercem a docência no ensino superior e que concomitantemente também trabalham em contexto clínico.

No que diz respeito à presença ou não da família nas sessões de Terapia da Fala, os dados são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Caracterização da amostra em função da variável presença da família nas sessões de Terapia da Fala

		Frequências	
		N	%
Presença da família nas sessões de Terapia da Fala	Sim	78	59.1
	Não	54	40.9
	Total	132	100

Verifica-se que pouco mais de metade da amostra refere ter a presença da família nas sessões de Terapia da Fala.

Relativamente à formação especializada em Intervenção Precoce e/ou PCF, verifica-se na Tabela 7 que a grande maioria não realizou nenhuma formação especializada nestas áreas.

Tabela 7 – Caracterização da amostra em função da variável Formação Especializada

Formação Especializada em IP/PCF	Frequências	
	N	%
Sim	38	28.8
Não	94	71.2
Total	132	100

Na Tabela 8 está descrito o tipo de formação em Intervenção Precoce e/ou PCF realizada pelos 38 TF, dividindo-se entre formação contínua e formação especializada.

Tabela 8 – Caracterização da amostra quanto ao tipo de formação realizada

	Frequências	
	N	%
Formação Contínua	Workshops, ações de formação, jornadas, congressos, entre outras ações de curta duração.	21 55.3
Formação Especializada	Mestrado em IP	6 15.8
	Mestrado	6 15.8
	Pós graduação	3 7.9
	Programa " <i>It takes two to talk</i> "	1 2.6
	Currículo TPBA/TPBI ²	1 2.6
	Total	38 100

Importa salientar que foi feita distinção entre a formação especializada obtida na frequência de mestrado em IP e em outro mestrado. Tal distinção deve-se ao facto de haver um maior número de horas dedicadas às temáticas da IP e das PCF no mestrado em IP. Os participantes com pós-graduação também tiveram módulos curriculares nas áreas referidas. O programa "*It takes two to talk*" foi destacado pois trata-se de um programa para TF, com particular enfoque na capacitação dos pais para a promoção de competências no desenvolvimento da linguagem. Da mesma forma, o currículo

² Transdisciplinary Play-Based Assessment/ Transdisciplinary Play-Based Intervention (Linder 1993)

TPBA/TPBI foi salientado atendendo à sua especificidade no que toca ao envolvimento dos pais e da família no desenvolvimento da criança até aos 6 anos.

4. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através do questionário *Brass – Tacks*, sendo que serão apresentados seguindo a ordem das quatro etapas. Depois serão apresentados os resultados, no que toca à análise inferencial.

4.1. Estatística descritiva dos resultados obtidos através do Questionário *Brass – Tacks*

Na Etapa 1, relativa aos primeiros encontros com a família, pode se observar na Tabela 9 que a prática com maior frequência é a relativa à transmissão aos pais da valorização da criança e a destacada como menos frequente a possibilidade de escolha em relação ao local e ao momento do primeiro encontro.

Tabela 9 – Etapa 1: Primeiros Encontros com a Família – *Frequência das práticas*

Prática	Frequência das Práticas (%)				
	1	2	3	4	5
N= 132					
Evita colocar questões pessoais que não estão diretamente relacionadas com as preocupações da família/criança?	3.0	13.6	26.5	34.1	22.7
Oferece aos pais a possibilidade de escolha em relação ao local e ao momento do primeiro encontro?	26.5	22.0	19.7	22.0	9.8
Escuta mais as famílias do que coloca questões ou dá conselhos?	0.0	0.0	32.6	53.8	13.6
Presta ajuda e apoio à família logo no primeiro encontro (ex. Apoio emocional, informativo, pistas/soluções, serviços, recomendações)?	0.8	3.0	15.9	34.8	45.5
O primeiro encontro com a família ocorre no prazo de uma semana após o referimento?	2.3	18.9	27.3	43.2	8.3
Transmite aos pais que valoriza o seu filho(a) e que se preocupa com o seu bem-estar (ex: fala diretamente com a criança, interage com agrado com a criança, etc).	0.0	0.8	0.8	19.7	78.8

1 – Nunca; 2 – Raras vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Usualmente; 5 – Sempre.

Também na Etapa 1, mas no que toca à importância das práticas, destaca-se igualmente a transmissão aos pais da valorização da criança como a mais importante para os TF e a prática menos importante a possibilidade de escolha em relação ao local e ao momento do primeiro encontro (Tabela 10).

Tabela 10 – Etapa 1: Primeiros Encontros com a Família – *Importância das práticas*

Prática	Importância da Prática (%)				
	1	2	3	4	5
N= 132					
Evita colocar questões pessoais que não estão diretamente relacionadas com as preocupações da família/criança?	3.0	20.5	35.6	26.5	14.4
Oferece aos pais a possibilidade de escolha em relação ao local e ao momento do primeiro encontro?	8.3	31.8	34.1	18.9	6.8
Escuta mais as famílias do que coloca questões ou dá conselhos?	0.0	3.0	26.5	45.5	25.0
Presta ajuda e apoio à família logo no primeiro encontro (ex. Apoio emocional, informativo, pistas/soluções, serviços, recomendações)?	0.0	3.8	19.7	30.3	46.2
O primeiro encontro com a família ocorre no prazo de uma semana após o referimento?	0.8	12.1	39.4	30.3	17.4
Transmite aos pais que valoriza o seu filho(a) e que se preocupa com o seu bem-estar (ex: fala diretamente com a criança, interage com agrado com a criança, etc).	0.0	1.5	7.6	21.2	69.7

1 – Nada importante; 2 – Por vezes importante; 3 – Importante; 4 – Muito importante; 5 – Importantíssimo.

Como é perceptível na Tabela 11, na etapa 2, relativa à identificação dos objetivos de intervenção, o fornecimento aos pais de uma cópia do relatório de avaliação evidencia-se como a prática mais frequente, sendo a prática menos frequente a possibilidade dos pais escolherem os instrumentos de avaliação bem como a sua administração.

Tabela 11 – Etapa 2: Identificação dos objetivos da intervenção – *Frequência das práticas*

Prática	Frequência da Prática (%)				
	1	2	3	4	5
N= 132					
Realiza a avaliação em momentos mais convenientes para a família? Os pais podem escolher esses momentos?	5.3	18.9	29.5	35.6	10.6
Pergunta aos pais quais as questões que eles gostariam que a avaliação desse resposta?	3.0	15.9	15.9	28.8	36.4
Oferece aos pais a possibilidade de escolha em relação aos instrumentos de avaliação que serão utilizados com a criança, bem como aos processos usados na sua administração?	59.8	28.8	9.8	1.5	0.0
Valoriza perante os pais o que a criança consegue fazer em detrimento do que não consegue fazer?	0.0	2.3	12.1	37.9	47.7
Permite que os pais tenham oportunidade de estar presentes em todos os encontros de planificação da avaliação da criança ou de discussão dos seus resultados?	2.3	6.8	21.2	33.3	36.4
Divulga e explica aos pais os resultados da avaliação imediatamente após a sua obtenção (exs. No mesmo dia)?	2.3	8.3	17.4	37.9	34.1
Fornecer aos pais uma cópia do(s) relatório(s) da avaliação?	2.3	6.8	12.9	17.4	60.6

1 – Nunca; 2 – Raras vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Usualmente; 5 – Sempre.

Ainda na Etapa 2, no que toca à importância atribuída às práticas, a Tabela 12 demonstra que a valorização perante os pais das competências da criança é a prática considerada como mais importante, nesta fase do apoio. Dar a possibilidade aos pais de escolherem os instrumentos de avaliação, assim como a forma como são administrados, foi apontada pelos TF como a prática com menor importância.

Tabela 12 – Etapa 2: Identificação dos objetivos da intervenção – *Importância das práticas*

Prática		Importância da Prática (%)				
N= 132	1	2	3	4	5	
Realiza a avaliação em momentos mais convenientes para a família? Os pais podem escolher esses momentos?	0.8	15.9	40.2	27.3	15.9	
Pergunta aos pais quais as questões que eles gostariam que a avaliação desse resposta?	0.8	7.6	21.2	31.1	39.4	
Oferece aos pais a possibilidade de escolha em relação aos instrumentos de avaliação que serão utilizados com a criança, bem como aos processos usados na sua administração?	37.9	43.9	13.6	3.8	0.8	
Valoriza perante os pais o que a criança consegue fazer em detrimento do que não consegue fazer?	0.0	6.8	6.8	32.6	53.8	
Permite que os pais tenham oportunidade de estar presentes em todos os encontros de planificação da avaliação da criança ou de discussão dos seus resultados?	0.0	6.1	24.2	28	41.7	
Divulga e explica aos pais os resultados da avaliação imediatamente após a sua obtenção (exs. No mesmo dia)?	2.3	6.8	20.5	37.1	33.3	
Fornece aos pais uma cópia do(s) relatório(s) da avaliação?	0.0	9.1	18.2	25.8	47.0	

1 – Nada importante; 2 – Por vezes importante; 3 – Importante; 4 – Muito importante; 5 – Importantíssimo.

A Tabela 13 refere-se à Etapa 3, planificação da intervenção para a criança e família e à frequência das práticas. Através da sua análise, é possível constatar que os TF oferecem aos pais, com muita frequência, opções de serviços e recursos disponíveis para atingir os objetivos de intervenção das crianças. Por outro lado, os TF referem que não é frequente nas suas práticas, dar aos pais o poder de decisão em relação aos objetivos e processos utilizados para o alcance desses mesmos objetivos.

Tabela 13 – Etapa 3: Planificação da intervenção para a criança e família – *Frequência das práticas*

Prática	Frequência da Prática (%)				
	1	2	3	4	5
N= 132					
Oferece aos pais oportunidade de estarem presentes em todas as discussões acerca da planificação da intervenção para o seu filho(a) e para eles mesmos?	0.8	17.4	24.2	34.1	23.5
Os pais têm o poder de decisão em relação aos objetivos e aos processos utilizados para alcançar esses objetivos?	3.0	19.7	31.8	32.6	12.9
A maioria dos objetivos para a criança, definidos no plano de intervenção, pode ser atingida no período de um ano?	0.8	1.5	28.8	53.0	15.9
Utiliza as informações e ideias prestadas pelos pais no desenvolvimento do plano de intervenção?	0.0	1.5	11.4	50.0	37.1
Oferece aos pais opções de serviços e recursos disponíveis para atingir os objetivos da intervenção para o seu filho(a)? Respeita as suas decisões em relação aos serviços que o seu filho(a) poderá ou não receber?	0.0	0.8	10.6	47.7	40.9
Na identificação dos objetivos da intervenção, preocupa-se com as necessidades, desejos e sentimentos de todos os membros da família?	0.0	2.3	13.6	44.7	39.4

1 – Nunca; 2 – Raras vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Usualmente; 5 – Sempre.

Relativamente ao grau de importância atribuído às práticas e no que diz respeito à Etapa 3, ressalva-se que os TF atribuem extrema importância à identificação dos objetivos da intervenção tendo em conta as necessidades, desejos e sentimentos de todos os membros da família, embora identifiquem como a prática menos importante, o poder de decisão dos pais em relação aos objetivos e processos utilizados para alcançar os objetivos (Tabela 14).

Tabela 14 – Etapa 3: Planificação da intervenção para a criança e família – *Importância das práticas*

Prática	Importância da Prática (%)				
	1	2	3	4	5
N= 132					
Oferece aos pais oportunidade de estarem presentes em todas as discussões acerca da planificação da intervenção para o seu filho(a) e para eles mesmos?	0.0	9.8	32.6	27.3	30.3
Os pais têm o poder de decisão em relação aos objetivos e aos processos utilizados para alcançar esses objetivos?	3.0	19.7	28.8	30.3	18.2
A maioria dos objetivos para a criança, definidos no plano de intervenção, pode ser atingida no período de um ano?	0.0	9.1	37.1	32.6	21.2
Utiliza as informações e ideias prestadas pelos pais no desenvolvimento do plano de intervenção?	0.0	3.8	17.4	43.2	35.6
Oferece aos pais opções de serviços e recursos disponíveis para atingir os objetivos da intervenção para o seu filho(a)? Respeita as suas decisões em relação aos serviços que o seu filho(a) poderá ou não receber?	0.0	3.0	23.5	36.4	37.1
Na identificação dos objetivos da intervenção, preocupa-se com as necessidades, desejos e sentimentos de todos os membros da família?	0.0	4.5	15.9	39.4	40.2

1 – Nada importante; 2 – Por vezes importante; 3 – Importante; 4 – Muito importante; 5 – Importantíssimo.

Como se pode constatar na Tabela 15, a Etapa 4 relativa à prestação de serviços/apoios diários, a prática apontada pelos TF com maior frequência é a facilitação aos pais do acesso rápido a todos os elementos da equipa de intervenção. Por outro lado, a prática menos frequente tem que ver com a disponibilidade/flexibilidade dos TF para adequar horários ou promover a facilitação de todos os membros da família ou amigos ao programa de intervenção.

Tabela 15 – Etapa 4: Prestação de serviços/apoios diários – *Frequência das práticas*

Prática	Frequência da Prática (%)				
N= 132	1	2	3	4	5
Sempre que vê os pais diz-lhes algo de positivo acerca do seu filho(a)?	0.0	2.3	10.6	56.1	31.1
Sempre que vê os pais elogia-os (ou felicita-os) acerca de algo?	0.8	9.8	49.2	33.3	6.8
Certifica-se que os pais têm acesso rápido e direto a todos os elementos da equipa de intervenção?	0.8	6.8	15.9	47.0	29.5
Torna conveniente e agradável a participação dos pais, de outros membros da família alargada e amigos nos programas de intervenção (ex. adequação do horário das visitas domiciliárias, ao centro, das reuniões...)?	0.8	15.2	20.5	41.7	22.0
Providencia acesso fácil às fontes de informação que poderão ser úteis e importantes para os pais (livros, revistas, jornais, artigos especializados, legislação, vídeos, eventos, etc.)	0.8	9.1	27.3	43.9	18.9

1 – Nunca; 2 – Raras vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Usualmente; 5 – Sempre.

Do ponto de vista do grau de importância atribuído, na Etapa 4, destaca-se que os TF consideraram muito importante sempre que contactam com os pais, devem dizer algo de positivo acerca dos seus filhos. Porém, não consideraram importante ser flexível para adequar horários ou promover a facilitação de todos os membros da família ou amigos ao programa de intervenção (Etapa 16).

Tabela 16 – Etapa 4: Prestação de serviços/apoios diários – *Importância das práticas*

Prática	Importância da Prática (%)				
N= 132	1	2	3	4	5
Sempre que vê os pais diz-lhes algo de positivo acerca do seu filho(a)?	0.0	4.5	15.9	39.4	40.2
Sempre que vê os pais elogia-os (ou felicita-os) acerca de algo?	0.8	17.4	31.1	35.6	15.2
Certifica-se que os pais têm acesso rápido e direto a todos os elementos da equipa de intervenção?	0.8	7.6	25.0	40.2	26.5
Torna conveniente e agradável a participação dos pais, de outros membros da família alargada e amigos nos programas de intervenção (ex. adequação do horário das visitas domiciliárias, ao centro, das reuniões...)?	1.5	13.6	25.8	38.6	20.5
Providencia acesso fácil às fontes de informação que poderão ser úteis e importantes para os pais (livros, revistas, jornais, artigos especializados, legislação, vídeos, eventos, etc.)	0.0	9.1	27.3	41.7	22.0

1 – Nada importante; 2 – Por vezes importante; 3 – Importante; 4 – Muito importante; 5 – Importantíssimo.

De forma sumária, revelam-se na Tabela 17 as médias relativas à frequência e importância das práticas. A etapa onde os TF referem adotar as PCF com maior frequência é a Etapa 3 – planificação da intervenção e a Etapa com frequência menor é a Etapa 2 – Identificação dos objetivos de intervenção. Assim como no grau de importância, foram as mesmas etapas assinaladas acima, tanto para o maior grau de importância quanto para o menor.

Tabela 17 – Média e desvio padrão da frequência e grau de importância das Etapas do Questionário *Brass Tacks*

Etapas	M frequência	DP	M Grau importância	DP
Etapa 1 – Primeiros encontros com a família	3.74	.039	3.72	.042
Etapa 2 – Identificação dos objetivos de intervenção	3.58	.045	3.67	.050
Etapa 3 – Planificação da intervenção	3.92	.045	3.86	.054
Etapa 4 – Prestação serviços/apoios diários	3.78	.050	3.77	.058

4.2 Análise Inferencial dos Dados

A estatística inferencial implica a utilização de técnicas estatísticas que podem ser paramétricas ou não paramétricas. A decisão em optar por uma vertente ou outra está relacionada com as condições que são necessárias à correta utilização dos testes (Coutinho, 2020). Uma das condições a verificar para a utilização de testes paramétricos é a normalidade e no teste *Kolmogorov-Smirnova* significância (sig.) tem de ser $\geq 0,05$ para poder afirmar-se que as amostras obedecem a uma distribuição normal. Como podemos verificar na Tabela 18, as variáveis em estudo têm significância abaixo dos 0,05, ou seja, não têm uma distribuição normal. Contudo, existe outro método de estudo da adesão à distribuição normal sendo a análise dos Índices de Assimetria (Skewness) e de Curtose (Kurtosis) de uma distribuição. O valor de Assimetria deve estar entre ± 1 e o valor da Curtose de 3, para desta forma se considerar uma distribuição normal (Keim, 2020).

As variáveis em estudo cumprem os pressupostos acima mencionados e, desta forma, procedeu-se à realização de testes paramétricos. Porém, as variáveis frequência e grau de importância da Etapa 2 bem como o grau de importância da Etapa 4 têm uma assimetria entre -1.46 e 2.06 e, por isso, não têm uma distribuição normal. No entanto, segundo Breakwell, Hammond, & Fife-Schaw, (2000) amostras

de dimensão média a grande estarão provavelmente próximas da normalidade e, por isso, os resultados reportam-se a testes paramétricos.

Tabela 18 – Valores de Assimetria e Curtose nas quatro etapas do apoio em relação à frequência e ao grau de importância

		Assimetria			Curtose		
	Média Frequência Etapa 1	,170	,211	,808	-,516	,419	-1,233
	Média Grau Importância Etapa 1	-,170	,211	-,807	-,389	,419	-0,930
	Média Frequência Etapa 2	-,308	,211	-1,459	-,370	,419	-0,884
	Média Grau Importância Etapa 2	-,406	,211	-1,928	-,101	,419	-0,240
	Média Frequência Etapa 3	,036	,211	,173	-,642	,419	-1,534
	Média Grau Importância Etapa 3	-,235	,211	-1,115	-,782	,419	-1,869
	Média Frequência Etapa 4	-,244	,211	-1,158	-,399	,419	-0,953
	Média Grau Importância Etapa 4	-,436	,211	-2,068	-,622	,419	-1,486

Abaixo, seguem-se os resultados obtidos, tendo em conta as hipóteses formuladas nesta investigação.

H1 – Existem diferenças entre as quatro etapas de apoio presentes no questionário Brass Tacks (Primeiros encontros com a família, identificação dos objetivos de intervenção, planificação da intervenção e prestação de serviços/apoios diários), no que toca à frequência e à importância das PCF.

Com a realização do teste estatístico *t de Student para Amostras Emparelhadas* e como demonstra a Tabela 19, é possível verificar que a média da frequência das quatro etapas do apoio é ligeiramente inferior ($M = 3.75$; $DP = .39$) à média do grau de importância atribuído ($M = 3.76$; $DP = .47$), não sendo esta diferença estatisticamente significativa $t(131) = -.175, p = .861$.

Tabela 19 – Diferenças entre as 4 etapas de apoio em relação à frequência e à importância

4 etapas do apoio		Média	N	DP	t	df	Sig. (2-tailed)
	Frequência	3.75	132	,39	-.175	131	.861
	Grau de importância	3.76	132	,47			

H2 – Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas no momento do primeiro encontro com a família (Etapa 1).

Através do teste estatístico *t Student para amostras emparelhadas* e como se pode constatar na Tabela 20, a média da frequência da Etapa 1 é ligeiramente superior ($M = 3.74$; $DP = .44$) à média do grau de importância atribuído ($M = 3.72$; $DP = .48$), não sendo esta diferença estatisticamente significativa $t(131) = .278, p = .782$.

Tabela 20 – Diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na Etapa 1

Etapa 1		Média	N	DP	t	df	Sig. (2-tailed)
	Frequência	3.74	132	.39	.278	131	.782
	Grau de importância	3.72	132	.42			

H3 – Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na identificação dos objetivos de intervenção (Etapa 2).

Através do teste estatístico *t Student para amostras emparelhadas*, verificou-se que a média da frequência da Etapa 2 ($M = 3.58$; $DP = .51$) é inferior à média do grau de importância ($M = 3.67$; $DP = .57$), sendo esta diferença estatisticamente significativa, $t(131) = -2.65, p = .009$ (Tabela 21).

Tabela 21 – Diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na Etapa 2

Etapa 2		Média	N	DP	t	df	Sig. (2-tailed)
	Frequência	3.58	132	.51	-2.653	131	.009
	Grau de importância	3.67	132	.57			

H4– Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na execução do Plano de Intervenção (Etapa 3).

Através do teste estatístico *t Student para amostras emparelhadas*, verificou-se que a média da frequência da Etapa 3 ($M = 3.92$; $DP = .52$) é superior à média do grau de importância ($M = 3.86$; $DP = .63$), não sendo esta diferença estatisticamente significativa, $t(131) = 1.564, p = .120$ (Tabela 22).

Tabela 22 – Diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na Etapa 3

Etapa 3		Média	N	DP	t	df	Sig. (2-tailed)
	Frequência	3.92	132	.52	1.564	131	.120
	Grau de importância	3.86	132	.63			

H5 – Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na prestação de Serviços/apoios diários (Etapa 4).

Através do teste estatístico *t Student para amostras emparelhadas* e como se constata na Tabela 23, a média da frequência da Etapa 4 ($M = 3.78$; $DP = .58$) é superior à média do grau de importância ($M = 3.77$; $DP = .67$), não sendo esta diferença estatisticamente significativa $t(131) = .170$, $p = .865$.

Tabela 23 – Diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na Etapa 4

Etapa 4		Média	N	DP	t	df	Sig. (2-tailed)
	Frequência	3.78	132	.58	.170	131	.865
	Grau de importância	3.77	132	.67			

Abaixo seguem-se as Hipóteses 6 e 7 onde é analisada a variável formação em PCF/IP e qual a sua influência no que toca à frequência e importância atribuída às práticas pelos TF.

H6 – A formação em PCF dos Terapeutas da Fala influencia a frequência da sua utilização, em contexto clínico.

Através do teste estatístico *t Student para amostras independentes*, verifica-se que os TF que têm formação em IP ou PCF apresentam uma média de frequência da utilização das práticas, superior ($M = 3.91$; $DP = .41$) aos TF que não têm formação ($M = 3.69$; $DP = .36$). Assumindo a homogeneidade dos grupos, considera-se que existem diferenças significativas, entre os TF que têm formação e os que não têm $t(130) = 2.977$, $p = .003$ (Tabela 24)

Tabela 24 – Influência da formação na frequência das práticas

	Formação IP/PCF	N	Média	DP	Teste de Levene		t	df	Sig. (2-tailed)
					F	Sig			
Frequência nas 4 Etapas	Sim	38	3.91	.41	.764	.384	2.977	130	.003*
	Não	94	3.69	.36					

* $p < .05$ estatisticamente significativo

H7 – A formação em PCF dos Terapeutas da Fala influencia a importância que lhes é atribuída, em contexto clínico.

Através do teste estatístico *t Student* para amostras independentes, verifica-se que os TF que têm formação em IP ou PCF atribuem uma maior importância à utilização das práticas, ($M = 3.90$; $DP = .54$) do que os TF que não têm formação ($M = 3.70$; $DP = .44$). Assumindo a homogeneidade dos grupos, considera-se que existem diferenças significativas, entre os TF que têm formação e os que não têm ($t(130) = 2.161, p = .033$ (Tabela 25).

Tabela 25 – Influência da formação no grau de importância atribuído às práticas

	Formação IP/PCF	N	Média	DP	Teste de Levene		t	df	Sig. (2-tailed)
					F	Sig			
Grau de importância nas 4 Etapas	Sim	38	3.90	.54	1.871	.174	2.161	130	.033*
	Não	94	3.70	.44					

* $p < .05$ estatisticamente significativo

De seguida, seguem-se as Hipóteses 8 a 11 onde são analisadas, separadamente, as variáveis Experiência Profissional e Experiência Profissional em contexto clínico e qual a sua influência no que toca à frequência e importância atribuída às práticas, pelos TF.

Importa referir que para as variáveis Experiência Profissional e Experiência Profissional em contexto clínico, inicialmente a distribuição apresentava cinco níveis: 1) 0 a 5 anos; 2) 6 a 10 anos; 3) 11 a 15 anos; 4) 16 a 20 anos e 5) mais de 21 anos. Após estes intervalos fixados e analisando a amostra recolhida, verificou-se uma reduzida frequência de profissionais nos últimos três níveis. Portanto, foi necessário recodificar os cinco intervalos para apenas três: 1) 0 a 5 anos; 2) 6 a 10 anos; 3) mais de 11 anos, em ambas as variáveis.

H8 – A experiência profissional influencia a utilização das PCF pelos Terapeutas da Fala.

Para analisar a influência da Experiência Profissional na utilização das PCF pelos TF recorreu-se ao teste estatístico *One Way Anova*. No entanto, as médias dos três grupos são muito semelhantes e a ANOVA não indica em que grupos se verificam as diferenças, pelo que se recorreu aos testes *Post-Hoc*, nomeadamente o teste *Tukey* (Keselman & Rogan, 1978). Assumindo a homogeneidade dos grupos,

considera-se que existem diferenças quase significativas, $F(2,129) = 2.945 = .056$. Verifica-se que mais de 11 anos > 0-5 anos (Tabela 26).

Tabela 26 – Influência da experiência profissional na frequência das práticas

	Experiência Profissional (anos)	N	Média	DP	F	Sig
Frequência nas 4 Etapas	0-5	46	3.66	.36	2.945	.056
	6-10	45	3.74	.38		
	Mais de 11	41	3.82	.40		
	Total	132				

H9 – A experiência profissional em contexto clínico influencia a utilização das PCF pelos Terapeutas da Fala.

Para analisar a influência da experiência profissional em contexto clínico na utilização das PCF, pelos TF, utilizou-se o teste estatístico *One Way Anova*. Assumindo a homogeneidade dos grupos, considera-se que existem diferenças significativas, $F(2,129) = 3.947 = .022$. Foi realizado o teste Post-Hoc de Tukey para se perceber em que grupos se encontram as diferenças. Verifica-se que mais de 11 anos > 0-5 anos (Tabela 27).

Tabela 27 – Influência da experiência profissional em contexto clínico na frequência das práticas

	Experiência Profissional em contexto clínico (anos)	N	Média	DP	F	Sig
Frequência nas 4 Etapas	0-5	54	3.65	.37	3.947	.022*
	6-10	43	3.80	.36		
	Mais de 11	35	3.86	.41		
	Total	132				

* $p < .05$ estatisticamente significativo

H10 – A experiência profissional influencia a importância que é atribuída às PCF, pelos Terapeutas da Fala.

Para analisar a influência da experiência profissional na importância que é atribuída às PCF pelos TF, utilizou-se o teste estatístico *One Way Anova*. Assumindo a homogeneidade dos grupos, verificou-se que não existem diferenças significativas, $F(2,129) = .533 = .588$ (Tabela 28).

Tabela 28– Influência da experiência profissional com o grau de importância atribuída às práticas

	Experiência Profissional (anos)	N	Média	DP	F	Sig
Grau de importância nas 4 Etapas	0-5	46	3.70	.47	.533	.588
	6-10	45	3.79	.42		
	Mais de 11	41	3.79	.54		
	Total	132				

H11 – A experiência profissional em contexto clínico influencia a importância que é atribuída às PCF pelos Terapeutas da Fala.

Para analisar a influência da experiência profissional em contexto clínico, com a importância que é atribuída às PCF pelos TF, utilizou-se o teste estatístico *One Way Anova*. Assumindo a homogeneidade dos grupos, considera-se que existem diferenças quase significativas, $F(2,129) = 2.945 = .056$. Foi realizado o teste Post-Hoc de Tukey para se perceber em que grupos se encontram as diferenças. Assim, verifica-se que mais de 11 anos > 0-5 anos (Tabela 29).

Tabela 29– Influência da experiência profissional em contexto clínico com o grau de importância atribuída às práticas

	Experiência Profissional em contexto clínico (anos)	N	Média	DP	F	Sig
Grau de importância nas 4 Etapas	0-5	54	3.70	.36	.735	.482
	6-10	43	3.81	.38		
	Mais de 11	35	3.78	.40		
	Total	132				

Relativamente à experiência profissional, é possível observar que à medida que os anos de experiência aumentam, também aumenta a frequência das PCF e o grau de importância que lhes é atribuído.

H12 – Os Terapeutas da Fala que têm os pais presentes na sessão utilizam mais as PCF do que os restantes.

Observa-se que os TF que têm os pais presentes na sessão utilizam mais as PCF no momento da etapa 2, ($M= 3.663$, $DP= 0.510$) do que os restantes ($M= 3.46$, $DP= 0.494$), sendo esta diferença estatisticamente significativa, $t(130) = 2,274$, $p= .025$. O mesmo também se observou na etapa 4, $t(130) = 1,933$, $p= .028$, e na média das 4 etapas $t(130) = 1,720$, $p= .044$ (Tabela 30).

Tabela 30 – Presença dos pais nas sessões e a frequência das PCF

Frequência	Presença da família	N	Média	DP	Teste de Levene		t	df	Sig. (2-tailed)
					F	Sig			
Etapa 1	Sim	78	3,73	,44	.010	.922	-.099	130	.921
	Não	54	3,74	,45					
Etapa 2	Sim	78	3,66	,51	.001	.981	2.274	130	.025*
	Não	54	3,46	,49					
Etapa 3	Sim	78	3,95	,50	.005	.945	.834	130	.406
	Não	54	3,87	,54					
Etapa 4	Sim	78	3,86	,55	1.158	.284	1.933	130	.028*
	Não	54	3,66	,60					
4 Etapas	Sim	78	3,80	,37	.097	.756	1.720	130	.044*
	Não	54	3,68	,40					

* $p < .05$ estatisticamente significativo

H13– Os Terapeutas da Fala que têm os pais presentes na sessão atribuem maior importância às PCF do que os restantes.

Não se observam diferenças estatisticamente significativas, contudo as médias do grau de importância, em todas as etapas, são superiores no grupo TF com os pais presentes nas sessões (Tabela 31).

Tabela 31 – Presença dos pais nas sessões e a frequência das PCF

Grau de importância	Presença dos pais	N	Média	Desvio da Padrão
Etapa 1	Sim	78	3,75	,479
	Não	54	3,68	,477
Etapa 2	Sim	78	3,73	,563
	Não	54	3,58	,573
Etapa 3	Sim	78	3,89	,603
	Não	54	3,83	,663
Etapa 4	Sim	78	3,83	,660
	Não	54	3,69	,684
4 Etapas	Sim	78	3,80	,451
	Não	54	3,70	,505

5. Discussão dos dados

Neste capítulo pretende-se analisar e relacionar os resultados obtidos, considerando os objetivos e as hipóteses inicialmente definidas, sempre que possível, com a literatura da área. Importa referir que a literatura encontrada refere-se a estudos em ELI, não havendo referência a dados concretos dos TF em contexto clínico.

A prestação de serviços centrados na família é considerada como a prática mais eficaz, ao nível da intervenção precoce na reabilitação pediátrica. Ao longo dos anos, nos EUA tem vindo a ser implementada a abordagem centrada na família em hospitais e clínicas, de forma crescente (King et al, 2004). A literatura descreve que muitas instituições de saúde organizam os seus serviços de acordo com uma abordagem centrada na família (Buran et al, 2009; Jeglinsky et al, 2012).

Em Portugal, existem hoje estudos acerca da utilização das PCF, no contexto do SNIPI, onde a abordagem centrada na família é amplamente utilizada mas pouco se tem estudado sobre a utilização destas práticas em contexto clínico. Assim, o presente estudo, tem como principal objetivo compreender a implementação das PCF pelos TF, em contexto clínico.

H1 – Existem diferenças entre as quatro etapas de apoio presentes no questionário *Brass Tacks* (no que respeita à frequência e à importância das PCF).

Analisando os resultados obtidos na **hipótese um**, no que diz respeito às quatro etapas de apoio do questionário *Brass Tacks*, constata-se que a média da frequência das quatro etapas é ligeiramente

inferior à média do grau de importância atribuído também nas quatro etapas. Este resultado global, vai ao encontro do obtido por Pereira (2009). Concomitantemente, também se observou que as etapas onde se verifica mais implementação das PCF, bem como uma maior valorização das mesmas, são as etapas três e quatro, respetivamente a planificação e a intervenção. Tais resultados são também semelhantes aos do estudo de Pereira (2009).

Ainda que os resultados obtidos indiquem que há uma tendência para a utilização de PCF num contexto clínico, as referências encontradas na literatura mostram que nos apoios/serviços prestados em contextos naturais, evidencia-se uma maior utilização das PCF do que quando os apoios são prestados em clínicas ou instituições de saúde (Mcbride, Brotherson, Jo, Ing, & Whiddon, 1993; R. A. McWilliam et al., 2000; A. P. da S. Pereira & Serrano, 2014; Rodrigues, Seixas, & Piscallo, 2017). Contudo, Mandak & Light (2018) referem que o contexto escolar pode ser desvantajoso para o envolvimento das famílias, durante a prestação dos serviços e também Carvalho et al. (2018), afirmam que o importante não é onde irá ser prestado o apoio, mas sim como, com quem e qual o nível de envolvimento dos cuidadores e família nesses momentos.

H2 – Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas no momento do primeiro encontro com a família (Etapa 1).

Ainda que na **hipótese dois** o resultado não tenha sido estatisticamente significativo, verifica-se, contudo que a média da frequência na Etapa 1 é ligeiramente superior à média do grau de importância atribuído. Tal não é concordante com o estudo de Pereira (2009), onde a média de frequência das práticas é inferior ao grau de importância atribuído.

As práticas mais frequentes, nesta etapa, dizem respeito à valorização da criança e preocupação pelo seu bem-estar, por parte dos profissionais, bem como a prestação de ajuda e apoio à família logo no primeiro encontro. De facto, os primeiros contactos devem ser momentos onde o profissional procura ouvir e compreender as perspetivas da família, relativamente à criança, bem como garantir que os pais possuem a informação necessária para tomar decisões (Carvalho et al., 2018). O TF deve estabelecer uma relação terapêutica de parceria com a família, compreender os limites desta relação e usar estratégias de resolução de problemas de forma colaborativa, bem como respeitar as atitudes e experiências passadas da família e estar consciente do impacto das informações prestadas à família (ASHA, 2016; Speech Pathology Australia, 2015).

Tal poderá ser explicado pelo facto dos TF, através da sua formação de base terem já alguns conceitos acerca da importância do envolvimento da família na prestação de serviços (Mandak & Light, 2018) utilizarem algumas práticas, à luz da abordagem centrada na família. Em Portugal, mais especificamente na ESS – IPP, os alunos têm sido formados, tendo em conta as competências

necessárias para o trabalho com famílias (M. Pinto, comunicação pessoal, 29 de setembro, 2020). No estudo de Dias e Cadime (2019), verificou-se que os profissionais com menor experiência reportaram um maior número de determinadas práticas centradas na família, nomeadamente as focadas na assistência pessoal às famílias³, do que profissionais mais velhos, considerando os autores que poderá estar relacionado com uma nova geração de profissionais com práticas aprimoradas a este nível. De facto, uma parte considerável da amostra deste estudo é jovem (68.9% da amostra tem de um a dez anos de experiência profissional e 50% da amostra tem idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos) o que vai ao encontro dos resultados obtido pelo estudo acima mencionado.

Os primeiros contactos com a família, à luz das PCF, pressupõem que o profissional seja flexível, uma vez que esta primeira fase do apoio é essencial para a criação de uma relação de confiança e parceria, necessária para todo o processo de avaliação e intervenção. É essencial, logo nestes contactos, promover a escolha da família, deixá-la conduzir a intervenção, dar espaço e encorajar desde este primeiro momento a tomar decisões informadas (Carvalho et al., 2018). Há profissionais que encaram este momento como uma simples recolha de informação que eles próprios precisam de saber sobre a família e recorrem a “inquéritos pré-estabelecidos”, o que pode transmitir uma mensagem errada à família de que é o profissional que conduz o processo (Carvalho et al., 2018). A recolha de dados da anamnese é muito comum na área da Terapia da Fala, o que de facto poderá remeter para que os profissionais deste estudo se estejam a sobrevalorizar relativamente à utilização das práticas, sem um real conhecimento das mesmas (C. J. Dunst & Espe-Sherwindt, 2016), isto é, classificar as suas práticas como sendo centradas na família quando na realidade não o são (Fleming, Sawyer, & Campbell, 2011).

H3 – Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na identificação dos objetivos de intervenção (Etapa 2).

No que toca à **hipótese três**, observou-se que existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas, na identificação dos objetivos de intervenção. A média da frequência é menor do que a média do grau de importância, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Ainda assim, o valor da média da frequência é sugestivo de que os TF utilizam as PCF neste momento do apoio, o que vai de encontro ao que é referido na literatura, nomeadamente a valorização das competências da criança em detrimento das suas dificuldades, explicação dos resultados da avaliação ou a síntese dos resultados da avaliação num relatório entregue à família (Crais et al., 2006). Antes da definição de objetivos e estratégias de intervenção, é essencial dar à família a oportunidade de expor as suas preocupações e prioridades, bem como a sua perceção sobre as características da sua criança

³ *personnel family assistance*

e as implicações que as mesmas têm no quotidiano da família (Carvalho et al., 2018). Ter em conta as preocupações da família, na identificação dos objetivos de intervenção é um preditor para a colaboração da família no processo de intervenção (A. P. S. Pereira & Oliveira, 2017).

Nesta Etapa, os TF referiram que valorizam perante os pais as competências da criança, com muita frequência ($M= 4.31$, $DP=.77$) no momento da avaliação, o que vai ao encontro do descrito pela literatura quando Crais et al. (2006) referem que num estudo realizado com profissionais, estes implementam um conjunto de práticas recomendadas, no momento da avaliação, sendo uma delas, precisamente, o comentário positivo acerca da criança para com os pais.

Uma das práticas reportada como mais frequente pelos TF, neste momento de apoio, é o questionamento aos pais acerca das suas preocupações e quais os aspetos que gostariam que a avaliação desse resposta. No estudo de Pinto (2018) verificou-se que no momento da avaliação, as famílias percecionam participar na condução da avaliação, o que leva a crer que os profissionais apresentam uma maior preocupação pelo envolvimento da família nesta fase do apoio.

Importa salientar que foi nesta etapa onde se verificou o valor médio mais baixo relativo à frequência ($M=1.53$, $DP=.74$) no item “Oferece aos pais a possibilidade de escolha em relação aos instrumentos de avaliação que serão utilizados com a criança, bem como os processos usados na sua administração”. Tal também se verificou nos estudos de Pereira (2009) e Crais et al.(2006), sendo uma das justificações o facto da avaliação ser maioritariamente realizada pelo profissional, sendo este o perito e devendo seguir um determinado número de regras de forma a obter uma avaliação fiável.

Verifica-se que a média da frequência do item, relativo à divulgação e explicação dos resultados da avaliação, logo após a realização da mesma ($M=3.93$, $DP=1.03$), é menor do que o item acerca do fornecimento aos pais de uma cópia do relatório ($M=4.27$, $DP=1.07$). Tal diferença poderá remeter para o facto de os TF não estarem ainda tão disponíveis para analisar as informações relativas à avaliação com os pais e aceitarem sugestões, acabando por entregar uma versão final do relatório, elaborada exclusivamente a partir da perceção do profissional, acerca da criança. De facto, no estudo de Crais et al. (2006) é referido que práticas tais como dar a possibilidade aos pais de rever o relatório de avaliação antes da sua versão final, é uma prática pouco frequente.

Os TF reconhecem o valor da família e a necessidade do seu envolvimento no processo de intervenção, sendo que a família contribui para a generalização das aprendizagens das crianças, nos seus variados contextos, nas suas rotinas e com uma variedade de parceiros comunicativos (Woods et al, 2011). Desta forma, o TF deve individualizar e personalizar o processo de avaliação de acordo com as atividades/rotinas da criança e considerando o seu contexto familiar (Aradas, 2019).

H4– Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na execução do Plano de Intervenção (Etapa 3).

H5 – Existem diferenças entre a frequência e o grau de importância das práticas na prestação de Serviços/apoios diários (Etapa 4).

As hipóteses quatro e cinco serão analisadas conjuntamente, uma vez que o resultado em ambas foi semelhante. Tanto na Etapa 3 quanto na Etapa 4, a média da frequência foi superior à média do grau de importância atribuído às práticas, ou seja, os TF utilizam mais as práticas do que o nível de importância que lhes atribuem. Na literatura está descrito o contrário a este resultado, na medida em que vários autores referem que os profissionais consideram que a frequência das práticas é inferior ao grau de importância que lhes atribuem (Dunst, Johanson, Trivette, & Hamby, 1991; McBride et al., 1993; R. A. McWilliam et al., 2000; A. P. Pereira, 2009). Assim, demonstra-se a necessidade de maior investigação acerca deste tema.

A filosofia que está subjacente às PCF e algumas das práticas que vão sendo utilizadas pelos profissionais, são frequentemente confundidas como práticas recomendadas (García-Sánchez, et al 2018). Desta forma, os profissionais, muitas vezes, autoavaliam-se erradamente, considerando que concretizam práticas que estão de acordo com as PCF mas que, na realidade, não estão. A literatura descreve que as PCF têm reconhecidos benefícios para o desenvolvimento das crianças, contudo também são referidos desafios à sua real utilização pelos profissionais (Vilaseca et al., 2018), nomeadamente resistência em aceitar que a família também é um *expert*, no que toca à sua criança, ocultar informações importantes da família ou a falta de competências necessários para o empoderamento das famílias (Espe-Sherwindt, 2008).

As práticas dos profissionais têm vindo a ser descritas através de modelos centrados no profissional e do modelo centrado na família, ambos distinguidos pelos papéis desempenhados pelo profissional e pela família (Espe-Sherwindt, 2008). Quando o profissional apresenta um conjunto de opções à família para esta escolher, estamos perante um modelo focado na família, mas não é centrado na mesma. No modelo centrado na família, o profissional preocupa-se em capacitar e suportar a família nas suas escolhas e tomadas de decisão (C. J. Dunst et al., 1991). Uma das práticas frequentes dos TF assenta na passagem de estratégias à família (ASHA, 2016) e no envio de atividades para a criança realizar em casa, como forma de dar continuidade à intervenção que é realizada no contexto ambulatorio (Pappas, et al, 2008). Contudo, não deixa de ser um modelo focado na criança, na medida em que o foco continua a ser “tratar” uma determinada condição da criança. Na prática clínica, há muitas vezes a tendência para referir que a família não é participativa, contudo compete ao profissional dotar a família de competências que terão como principal objetivo aumentar as oportunidades de aprendizagem da criança, nos seus contextos naturais (García-sánchez, et al, 2014). Desta forma, a intervenção deve ser

desenhada em prol das prioridades e preocupações da família, para uma maior promoção do desenvolvimento da criança (Hanft & Pilkington, 2000) e os profissionais devem capacitar a família para serem elementos ativos da escolha das melhores estratégias de intervenção (Vilaseca et al., 2018).

H6 – A formação em PCF dos Terapeutas da Fala influencia a frequência da sua utilização, em contexto clínico.

H7 – A formação em PCF dos Terapeutas da Fala influencia a importância que lhes é atribuída, em contexto clínico.

As Hipóteses seis e sete, relativas à influência da formação em PCF no que toca à frequência e grau de importância atribuído às práticas serão analisadas em conjunto, uma vez que obtiveram resultados similares. Em ambas as dimensões (frequência e grau de importância) foram verificadas diferenças estatisticamente significativas. O grupo de TF com formação em IP ou PCF apresentam uma média de frequência superior ($M = 3.91$; $DP = .41$) do que o grupo de TF que não têm formação ($M = 3.69$; $DP = .36$). No que toca ao grau de importância que atribuem às práticas, o grupo de TF com formação em IP ou PCF atribui maior importância ($M = 3.90$; $DP = .54$) do que os TF que não têm formação ($M = 3.70$; $DP = .44$), o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Pereira & Serrano (2014). Também outros autores obtiveram resultados idênticos (R. A. McWilliam et al., 2000; McBride et al., 1993).

No estudo de McWilliam et al. (2000) é ressaltado que a formação inicial e a formação em serviço devem dar enfoque a diferentes formas da família participar significativamente na definição da avaliação, plano de intervenção e prestação de serviços/apoios. A formação em IP também visa dotar os profissionais de competências que lhes permitam envolver outros e contruir parcerias, desenvolver as suas próprias capacidades e prestar serviços de qualidade, tendo por base as práticas recomendadas (Carvalho et al., 2018). Contudo, o tipo de formação tem impacto, na medida em que *workshops* ou palestras/conferências não parecem ter impacto na modificação das práticas dos profissionais, atendendo a um conjunto de características que distinguem este tipo de formação para formação mais intensiva, por exemplo o número de horas, o número de exemplos utilizado para ilustrar as práticas ou a utilização das práticas no contexto real (C. J. Dunst & Raab, 2010). No estudo de Bruder, Dunst, & Mogro-Wilson (2011) foi observado que conferências, *workshops* e palestras são o tipo de formação mais frequentado pelos profissionais, como formação em serviço e *coaching*, mentoria e supervisão clínica são o tipo de formação em serviço menos utilizado.

Os profissionais beneficiam mais na observação e aplicação das práticas no seu contexto real de trabalho, utilizando ferramentas de *coaching*, mentoria e supervisão clínica (C. J. Dunst & Raab, 2010). Tal é assente no modelo andragógico que é fundamentado no “aprender fazendo” e, assim, fomentar a motivação da aprendizagem, por parte do adulto/profissional (Knowles, et al. 2015). Esta é já uma das

estratégias planejadas por García-sánchez et al. (2014), no levantamento de necessidades de formação realizado por estes autores.

Salienta-se que no estudo de Guimarães (2019) é referido que muitas instituições de ensino dos profissionais ainda se regem pelo modelo clínico, o que pode constituir uma barreira na aceitação da abordagem centrada na família. Na investigação de Vilaseca et al. (2018) e em Carvalho et al. (2018) é dada ênfase à necessidade de incluir a abordagem das PCF nos programas de estudos dos níveis de ensino superior para preparar os profissionais no campo da intervenção precoce. Já na investigação de Pereira (2009) foi constatado, pelos profissionais participantes no estudo e entre eles TF, a “inexistência de práticas/formação no currículo académico da formação inicial” e, mais uma vez, a referência de que “a formação de base dos profissionais é, muitas vezes, centrado no modelo clínico/médico”.

H8 – A experiência profissional influencia a utilização das PCF, pelos Terapeutas da Fala.

H9 – A experiência profissional em contexto clínico influencia a utilização das PCF, pelos Terapeutas da Fala.

H10 – A experiência profissional influencia a importância que é atribuída às PCF, pelos Terapeutas da Fala.

H11 – A experiência profissional em contexto clínico influencia a importância que é atribuída às PCF, pelos Terapeutas da Fala.

As Hipóteses oito, nove, dez e onze serão analisadas em conjunto uma vez que dizem respeito à experiência profissional e experiência profissional em contexto clínico, nas duas dimensões analisadas (frequência e grau de importância atribuído às práticas).

Achou-se pertinente distinguir a experiência profissional na sua generalidade da experiência profissional em contexto clínico, pois existem TF que embora no momento atual não trabalhem no contexto clínico, reportaram as suas respostas à experiência prévia neste contexto. As maiores diferenças observadas foram entre o grupo com experiência profissional superior a 11 anos e o grupo com experiência profissional 0-5 anos, ou seja, quanto maior a experiência maior a utilização das PCF. Este resultado vai ao encontro do obtido por Pereira & Serrano (2014) e Guimarães (2019). A experiência profissional pode expandir a autoconfiança e segurança do profissional, podendo levar a uma maior valorização da saúde e maior enfoque na família (Jeglinsky et al., 2012).

Importa salientar que à medida que os anos de experiência aumentam, aumenta também o grau de importância que é atribuído às PCF. Para além disto, a experiência profissional vai influenciando as perceções do profissional em relação às famílias que acompanha (P. J. McWilliam et al., 2003).

Contrapondo estes resultados, no estudo de McWilliam et al. (2000), os profissionais com mais experiência em clínica e no setor dos serviços de saúde, em geral, tendem a utilizar uma abordagem mais centrada na pessoa e, portanto, a experiência por si só não pode ser tida em conta na utilização da abordagem centrada na família. Também o estudo de Pereira (2003) citado por Guimarães (2019), indica que não existe correlação significativa entre a utilização das PCF e o tempo de experiência profissional. Porém, e como refere Guimarães (2019), os resultados obtidos podem espelhar uma evolução (atendendo às datas de publicação destes estudos remeterem já para mais de 17 anos até à data atual), podendo traduzir-se num aumento da utilização das PCF pelos profissionais com menos anos de experiência profissional.

H12 – Os Terapeutas da Fala que têm os pais presentes na sessão utilizam mais as PCF do que os restantes.

H13– Os Terapeutas da Fala que têm os pais presentes na sessão atribuem maior importância às PCF do que os restantes.

Analisando as **Hipóteses doze e treze**, verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os TF que têm os pais presentes nas sessões comparativamente aos que não têm, nas etapas 2 e 4, avaliação e intervenção, respetivamente, sendo que a média da frequência e do grau de importância é superior no grupo dos TF que têm os pais presentes nas sessões. Nos restantes momentos do apoio, embora não se verifique uma diferença estatisticamente significativa, é de realçar que a média de frequência é superior também na etapa 3 (Planificação da intervenção) e na média das quatro etapas no grupo dos terapeutas da fala que têm os pais presentes nas sessões. Na Etapa 1 (Primeiros encontros) existe uma diferença de apenas uma décima, entre o grupo de TF que têm os pais presentes na sessão ($M=3.73$, $DP=.44$) e os que não têm ($M=3.74$, $DP=.45$). No que diz respeito à importância atribuída às PCF, não se observam diferenças estatisticamente significativas, contudo, as médias do grau de importância em todas as etapas são superiores no grupo dos terapeutas com os pais presentes nas sessões.

Este foi um achado interessante, na medida em que parece que a presença dos pais nas sessões de Terapia da Fala aumenta a frequência da utilização de PCF. Para García-sánchez, et al (2014), a família é um agente ativo, necessário e protagonista imprescindível no desenvolvimento de um modelo ecológico de intervenção que vai além de uma intervenção esporádica em ambulatório.

Em Espanha, nos primeiros passos dados na implementação da abordagem das PCF, era recomendado aos profissionais que incluíssem a família no processo de intervenção. Porém, as recomendações não eram muito claras em relação ao papel que as famílias tinham a desempenhar nos momentos da avaliação e da intervenção. Alguns profissionais, com o intuito de ajudar as famílias a serem elementos ativos no processo de intervenção das suas crianças, convidaram os pais a estarem presentes nas

sessões, de forma a que estes pudessem levar para o contexto domiciliário as estratégias usadas pelo profissional (Vilaseca et al., 2018).

Este foi um dado importante e que enriqueceu o estudo, contudo é essencial aprofundar, na medida em que existem muitas famílias que embora não estejam presentes nas sessões, encontram-se bastante envolvidas no processo terapêutico das suas crianças. Ainda assim, salienta-se que pouco mais de metade da amostra (59.1%) refere ter a presença da família nas sessões de Terapia da Fala.

6. Conclusões e Recomendações

A avaliação da utilização das práticas recomendadas em IP pelos profissionais tem sido estudada em Portugal mas, principalmente, envolvendo profissionais afetos a serviços públicos de intervenção precoce. Existe um número elevado de profissionais a acompanhar crianças dos 0 aos 6 anos, noutros contextos não abrangidos pelo SNIPI, pelo que se torna de extrema importância a implementação das práticas recomendadas também por estes profissionais (Guimarães, 2019).

De seguida, salientam-se alguns dos resultados obtidos, já devidamente fundamentados no capítulo relativo à discussão dos dados, tendo por base os objetivos definidos.

1. Identificar a frequência das Práticas Centradas na Família, utilizadas pelos Terapeutas da Fala, em contexto clínico, no apoio prestado a crianças até aos seis anos.

Tal como no estudo de Pereira (2009), os TF demonstraram utilizar as PCF, nos diferentes momentos do apoio, mas com maior incidência nas etapas três e quatro, respetivamente a planificação e a intervenção. Ainda que nas Etapas 1 e 2, relativas aos primeiros encontros e à avaliação, respetivamente, não se tenham observado valores de frequência tão elevados, quanto nas Etapas 3 e 4, salientam-se algumas das práticas mais frequentes e que merecem reflexão. A prestação de ajuda e apoio à família logo no primeiro encontro, assim como o questionamento aos pais acerca das suas preocupações e quais os aspetos que gostariam que a avaliação desse resposta, são das práticas mais frequentes. Relativamente ao momento de avaliação, Pinto (2018) refere que neste momento do apoio, as famílias percebem participar na condução da avaliação, o que leva a crer que os profissionais apresentam uma maior preocupação pelo envolvimento da família nesta fase do apoio. Contudo, é também neste momento onde se verificam os valores mais baixos de utilização das práticas, nomeadamente na possibilidade de os pais escolherem os instrumentos de avaliação e a forma como são administrados. É importante repensar o formato de avaliação das crianças, recorrendo a ferramentas que possibilitem avaliar a criança nos seus contextos naturais. Aradas (2019) verificou que os TF consideram importante a abordagem baseada nas rotinas tanto na avaliação como na intervenção, ainda que não a utilizem tanto quanto o grau de importância que lhe atribuem.

2. Identificar o grau de importância atribuído às Práticas Centradas na Família, utilizadas pelos Terapeutas da Fala, no apoio prestado a crianças até aos seis anos.

Os TF reconhecem a importância das PCF, nos diferentes momentos do apoio, mas com maior destaque para a etapa três relativa à planificação e à etapa quatro referente à intervenção, o que vai ao encontro do obtido por Pereira (2009). Contudo, é importante destacar que nestas etapas, a média do grau de importância foi inferior à frequência das práticas, ou seja, os TF utilizam mais as práticas do que o nível de importância que lhes atribuem, o que não é concordante com a literatura consultada. Este resultado poderá remeter para que os profissionais deste estudo se estejam a sobrevalorizar relativamente à utilização das práticas, sem um real conhecimento das mesmas (C. J. Dunst & Espe-Sherwindt, 2016), isto é, classificar as suas práticas como sendo centradas na família quando na realidade não o são (Fleming, Sawyer, & Campbell, 2011). Assim, demonstra-se a necessidade de maior investigação e aprofundamento deste tema.

3. Comparar a frequência e o grau de importância das Práticas Centradas na Família pelos Terapeutas da Fala, em contexto clínico.

Relativamente ao objetivo três, verificou-se que os TF atribuem maior importância às práticas do que à sua frequência, o que vai ao encontro do que foi obtido por Pereira (2009). Ainda que os resultados obtidos indiquem que há uma tendência para a utilização de PCF num contexto clínico, as referências encontradas na literatura mostram-nos que nos apoios/serviços prestados em contextos naturais, se evidencia uma maior utilização das PCF do que quando os apoios são prestados em clínicas ou instituições de saúde (Mcbride et al., 1993; R. A. McWilliam et al., 2000; A. P. da S. Pereira & Serrano, 2014; Rodrigues et al., 2017). Mandak & Light (2018) acrescentam que o contexto escolar pode ser desvantajoso para o envolvimento das famílias, durante a prestação dos serviços. Por sua vez, Carvalho et al. (2018), afirmam que o importante não é onde irá ser prestado o apoio, mas sim como, com quem e qual o nível de envolvimento dos cuidadores e família nesses momentos.

Os dados obtidos sugerem que as PCF começam a ter significado para além do SNIPI, onde esta abordagem é já amplamente disseminada e posta em prática.

Os resultados obtidos neste estudo devem ser analisados com precaução, devido ao facto de que as perceções que os profissionais detêm das suas práticas pode não corresponder à realidade tal como referido pelos autores no seu estudo (C. J. Dunst, Bruder, & Espe-Sherwindt, 2014).

Nesta investigação constatou-se que os TF com formação em IP ou PCF utilizam de forma mais frequente as PCF do que os TF que não tem formação e o mesmo foi verificado no que toca à importância atribuída às práticas.

No que toca à experiência profissional, os resultados foram similares a estudos prévios, na medida em que quanto maior o número de anos de experiência profissional, maior a utilização das PCF, bem como

o grau de importância que lhes é atribuído. Contudo, também há autores que indicam não existir correlação entre a utilização das PCF e o tempo de experiência profissional.

Limitações do estudo

Uma limitação do estudo identificada prende-se com o reduzido número de terapeutas da fala da região sul que responderam ao questionário, o que se traduz numa menor representatividade da amostra nesta região e consequentemente os resultados deste estudo podem não refletir a total realidade nacional.

Recomendações futuras

Sugere-se, para estudos futuros, a comparação da perceção dos Terapeutas da Fala a exercerem em contexto clínico com a perceção das famílias que são apoiadas neste contexto, recorrendo não só a análise quantitativa, como a análise qualitativa, de forma a obter uma visão global e uma maior compreensão dos fenómenos em estudo como sugerido na literatura (Almeida & Freire, 2017). Também sugerimos uma replicação do estudo nas regiões menos representadas, neste caso na zona sul.

De forma a verificar se existe sobrevalorização por parte dos profissionais, relativamente à utilização das PCF, será recomendada investigação futura que permita avaliar o conhecimento real destas práticas.

Importa reforçar que a formação dos profissionais que intervêm com crianças dos 0 aos 6 anos é de extrema importância, em particular na área das PCF. A formação quer seja inicial (ao nível da licenciatura), quer seja contínua e/ou especializada, possibilita a capacitação do profissional para oferecer serviços de elevada qualidade, centrados na família (Carvalho et al., 2018).

Será pertinente, também como estudo futuro, auscultar alunos finalistas dos cursos de Licenciatura em Terapia da Fala e recém-licenciados a iniciar a sua prática, sobre a sua formação de base e se esta incidiu ou não nas PCF, uma vez que esta investigação aponta para que alguns conceitos relacionados com as PCF estejam já ser abordados no ensino superior. Na ESS – IPP os alunos têm sido formados, tendo em conta as competências necessárias para o trabalho com famílias (M. Pinto, comunicação pessoal, 29 de setembro, 2020). Algumas universidades espanholas já introduziram esta abordagem na formação dos profissionais, contudo ainda não surgiram estudos neste âmbito (Vilaseca et al., 2018).

Este estudo permitiu fazer uma reflexão sobre as práticas atuais dos TF e a participação da família em contexto clínico. Os TF demonstraram estar conscientes da importância do envolvimento das famílias

nos processos de intervenção, tendo-se verificado que os TF que têm os pais presentes nas sessões apresentaram valores superiores de frequências das PCF

Bibliografia

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2017). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª edição). Psiquilíbrios Edições.
- Aradas, A. C. (2019). *Abordagem Baseada nas Rotinas - Perceção dos Terapeutas da Fala*. Retrieved from <https://www.bps.go.id/dynamictable/2018/05/18/1337/persentase-panjang-jalan-tol-yang-beroperasi-menurut-operatornya-2014.html>
- ASHA. (2016). *Scope of Practice in Speech-Language Pathology [Scope of Practice]* Available from www.asha.org/policy. (Vol. 23). <https://doi.org/10.1177/152574010202300203>
- Batista, J. S. N. (2011). *O Perfil Do Terapeuta Da Fala Em Portugal*.
- Beatson, J. E. (2006). Preparing speech-language pathologists as family-centered practitioners in assessment and program planning for children with autism spectrum disorder. *Seminars in Speech and Language*, 27(1), 1–9. <https://doi.org/10.1093/slr/hmi021>
- Breakwell, G., Hammond, S., & Fife-Schaw, C. (2000). *Research Methods in Psychology*.
- Brofenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In *Handbook of child development: Vol. 1. Theoretical models of human development* (pp. 793–828).
- Bruder, M. B., Dunst, C. J., & Mogro-Wilson, C. (2011). Confidence and Competence Appraisals of Early Intervention and Preschool Special Education Practitioners. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 3(1), 13–37.
- Buran, C. F., Sawin, K., Grayson, P., & Criss, S. (2009). Family needs assessment in cerebral palsy clinic. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(2), 86–93. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00176.x>
- Carvalho, L., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P. C., ... Franco, V. (2018). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais*.
- Chaves de Almeida, I. (2012). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 22(1), 65–72. <https://doi.org/10.14417/ap.130>
- Coutinho, C. P. (2020). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª edição; Edições Almedina, Ed.).
- Crais, E. R., Roy, V. P., & Free, K. (2006). Parents' and professionals' perceptions of the implementation of family-centered practices in child assessments. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 365–377. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006/034\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006/034))
- Dias, P. C., & Cadime, I. (2019). Child and Family-Centered Practices in Early Childhood Education and Care Services: An Empirical Study with Families and Practitioners in Portugal. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(3), 285–294. <https://doi.org/10.1007/s10560-019-00599-7>

- Dillman, D. A., Tortora, R. D., & Bowker, D. (1999). Principles for Constructing Web Surveys. *Joint Meetings of the American Statistical Association*, 1–16. <https://doi.org/10.1017/CB09781107415324.004>
- DiLollo, A., & Favreau, C. (2010). Person-centered care and speech and language therapy. *Seminars in Speech and Language*, 31(2), 91–97. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1252110>
- Dunst, C. J. (1997). Conceptual and empirical foundations of family-centered practice. In *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 75–91).
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting "Rethinking Early Intervention." *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95–104. <https://doi.org/10.1177/027112140002000205>
- Dunst, C. J. (2002). Family-Centered Practices: Birth Through High School. *The Journal of Special Education*, 36(3), 141–149. <https://doi.org/10.1177/00224669020360030401>
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., & Espe-Sherwindt, M. (2014). Family Capacity-Building in Early Childhood Intervention: Do Context and Setting Matter? *School Community Journal*, 24(1), 37–49.
- Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-Centered Practices in Early Childhood Intervention. In *Handbook of Early Childhood Special Education* (pp. 37–55). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-28492-7>
- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, D. (1991). Family-Oriented Early Intervention Policies and Practices: Family-Centered or Not? *Exceptional Children*, 58(2), 115–126. <https://doi.org/10.1177/001440299105800203>
- Dunst, C. J., & Raab, M. (2010). Practitioners' Self-Evaluations of Contrasting Types of Professional Development. *Materials World*, 20(5), 22–23.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). *Meta-Analysis of Family-Centered Helping Practices Research*. 236(July), 228–236. <https://doi.org/10.1002/mrdd>
- Dunst, C., Trivette, C., & Hamby, D. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of four adult learning methods and strategies: Supplemental tables and references. *Learning*, 3(1), 91–112.
- Escorcia-Mora, C. T. (2016). Evolución, Bases Conceptuales y Presente de la Atención Temprana. In *Prácticas de Atención Temprana Centradas en la Familia y en Entornos Naturales*.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136–143. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>
- Fleming, J. L., Sawyer, L. B., & Campbell, P. H. (2011). Early Intervention Providers' Perspectives About Implementing Participation-Based Practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(4), 233–244. <https://doi.org/10.1177/0271121410371986>
- García-Sánchez, F. A., Rubio-Gómez, N., Orcajada-Sánchez, N., Escorcia-Mora, C. T., & Cañadas, M. (2018). Training needs in family-centered practices for spanish early childhood intervention professionals. *Bordon, Revista de Pedagogía*, 70(2), 39–55.

- <https://doi.org/10.13042/Bordon.2018.59913>
- García-sánchez, F. A., Tatiana, C., Mora, E., Sánchez-lópez, M. C., & Sánchez, N. O. (2014). Atención Temprana Centrada en la Familia. *Atención Temprana Centrada En La Familia*, (1), 19.
- Gonçalves, B. I. L. (2018). Práticas Típicas e Ideais em Intervenção Precoce: O ponto de vista dos profissionais das Equipas Locais de Intervenção do distrito do Porto.
- Guimarães, M. M. (2019). *Análise da Utilização das Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce pelos Terapeutas Ocupacionais*.
- Guralnick, M. J. (2001). A Developmental Systems Model for Early Intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1–18. <https://doi.org/10.1097/00001163-200114020-00004>
- Guralnick, M. J. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. In *A Developmental Systems Model for Early Intervention* (pp. 3–28). <https://doi.org/10.1097/00001163-200114020-00004>
- Guralnick, M. J. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants and Young Children*, 24(1), 6–28.
- Guralnick, M. J. (2017). Early intervention for young children with developmental delays: contributions of the developmental systems approach. In *Evolving families. Early childhood intervention: working with families of young children with special needs* (pp. 17–35).
- Hanft, B. E., & Pilkington, K. O. (2000). Therapy in Natural Environments: The Means or End Goal for Early Intervention? *Infants and Young Children*. Retrieved from http://journals.lww.com/iyjournal/Abstract/2000/12040/Therapy_in_Natural_Environments__The_Means_or_End.6.aspx
- Jeglinisky, I., Autti-Rämö, I., & Brogren Carlberg, E. (2012). Professional background and the comprehension of family-centredness of rehabilitation for children with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*, 38(1), 70–78. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01211.x>
- Keim, R. (2020). Understanding Parametric Tests, Skewness and Kurtosis. Retrieved from <https://www.allaboutcircuits.com/technical-articles/understanding-the-normal-distribution-parametric-tests-skewness-and-kurtosis/>
- Keselman, H. J., & Rogan, J. C. (1978). *A Comparison of the Modified - Tukey and Sheffé Methods of Multiple Comparisons for Pairwise Contrasts*. 73(361).
- King, S., Teplicky, R., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Family-Centered Service for Children with Cerebral Palsy and Their Families: A Review of the Literature. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11(1), 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2004.01.009>
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2015). *The Adult Learner. The Defenitive Classic in Adult Education and Human Resource Development (8 ed.)*(Routledge, Ed.).
- Law, J., Reilly, S., & Snow, P. C. (2013). Child speech, language and communication need re-examined in

- a public health context: A new direction for the speech and language therapy profession. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 48(5), 486–496.
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12027>
- Maia, M. de F. S. C. (2012). *A Intervenção Precoce nas Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral: Perceções das Famílias, dos Profissionais e dos Diretores de Serviço*.
- Mandak, K., & Light, J. (2018). Family-centered services for children with complex communication needs: the practices and beliefs of school-based speech-language pathologists. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 34(2), 130–142.
<https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1438513>
- Mcbride, S. L., Brotherson, M. J., Jo, H., Ing, A. N. N., & Whiddon, D. (1993). *Services: Perceptions of Families and Professionals*. 17, 414–430.
- McKean, K., Phillips, B., & Thompson, A. (2012). A family-centred model of care in paediatric speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 235–246.
<https://doi.org/10.3109/17549507.2011.604792>
- McWilliam, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*.
- Mcwilliam, R. A. (2010). *Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families*.
- McWilliam, R. A., Snyder, P., Harbin, G. L., Porter, P., & Munn, D. (2000). *Professionals' and Families' Perceptions of Family-Centered Practices in Infant-Toddler Services*. 9289(789349894). <https://doi.org/10.1207/s15566935eed1104>
- Pappas, N. W., McLeod, S., McAllister, L., & McKinnon, D. (2008). Parental involvement in speech intervention: A national survey. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 22(4–5), 335–344.
<https://doi.org/10.1080/02699200801919737>
- Pereira, A. P. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Retrieved from
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9808>
- Pereira, A. P. da S., & Serrano, A. M. (2014). Early Intervention in Portugal: Study of Professionals' Perceptions. *Journal of Family Social Work*, 17(3), 263–282.
<https://doi.org/10.1080/10522158.2013.865426>
- Pereira, A. P. S., & Oliveira, S. C. P. (2017). The benefits and difficulties in the elaboration and implementation of individual intervention plan in early intervention: the perspectives of Portuguese professionals. *Early Child Development and Care*, 189(6), 965–975.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1359581>
- Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2010a). *Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce*:

- Perspectivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades*, (27), 4–10. Retrieved from http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf_ACrescer_27.pdf#page=4
- Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2010b). Intervenção Precoce Em Portugal: Evidencias e Consequências. *Inclusão*, 10, 101–120. Retrieved from <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/16154>
- Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., De Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J. S., ... Lopes-Dos-Santos, P. (2012). Early childhood intervention in portugal: An overview based on the developmental systems model. *Infants and Young Children*, 25(4), 310–322. <https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182673e2b>
- Pinto, M. J. de S. (2018). *Participação das famílias no apoio prestado pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Universidade do Minho.
- Raab, M., & Dunst, C. J. (2004). Early intervention practitioner approaches to natural environment interventions. *Journal of Early Intervention*, 27, 15–26.
- Rodrigues, S., Seixas, S. R., & Piscalho, I. (2017). Apoio Domiciliário: Perspetivas de famílias e educadores. *Revista Da UIIPS – Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, 5, 5–20. Retrieved from <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Rodríguez, L. (2016). La Construcción De Modelos De Intervención Respetuosos Con La Familia: Family-Friendly Practice. In *Claves de la logopedia en el siglo XXI* (p. 379). <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1645.4647>
- Roper, N., & Dunst, C. J. (2003). Communication intervention in natural learning environments. *Infants and Young Children*, 16(3), 215–226.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135–159).
- Serrano, A. M., & Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention: The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista de Educación Inclusiva*, 4 (1), 123–138.
- Speech Pathology Australia. (2015). *Scope of Practice in Speech Pathology*.
- Turnbull, A. P., Summers, J. A., Turnbull, R., Brotherson, M. J., Winton, P., Roberts, R., ... Stroup-Rentier, V. (2007). Family supports and services in early intervention: A bold vision. *Journal of Early Intervention*, 29(3), 187–206. <https://doi.org/10.1177/105381510702900301>
- Vilaseca, R. M., Galván-Bovaira, M. J., González-del-Yerro, A., Baqués, N., Oliveira, C., Simó-Pinatella, D., & Giné, C. (2018). Training Needs of Professionals and the Family-Centered Approach in Spain. *Journal of Early Intervention*, 41(2), 87–104. <https://doi.org/10.1177/1053815118810236>
- Woods, J. J., Wilcox, M. J., Friedman, M., & Murch, T. (2011). Collaborative consultation in natural

environments: Strategies to enhance family-centered supports and services. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42(3), 379–392. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2011/10-0016\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2011/10-0016))

Anexos

Anexo 1 – Instrumento de Recolha de Dados

The image displays three sequential screenshots of a web-based survey instrument. The survey is titled "Terapeutas da Fala em Contexto Clínico e Práticas Centradas na Família".

Screenshot 1: The first question is "1. Já trabalhou em contexto clínico?". It has two radio button options: "Sim" and "Não". The "Sim" option is selected. Below the options are two buttons: "ANTER." and "PRÓX.". A progress bar at the bottom indicates "2 de 18 respondidas".

Screenshot 2: The second question is "* 1. Acompanha ou já acompanhou crianças com menos de 6 anos, em contexto clínico?". It has two radio button options: "Sim" and "Não". The "Sim" option is selected. Below the options are two buttons: "ANTER." and "PRÓX.". A progress bar at the bottom indicates "3 de 18 respondidas".

Screenshot 3: The third question is "1. Idade". It has two columns of radio button options: "20-25", "26-30", "31-35", "36-40" on the left, and "41-45", "46-50", "mais de 51" on the right. The "20-25" option is selected. Below the options are two buttons: "ANTER." and "PRÓX.". A progress bar at the bottom indicates "4 de 18 respondidas".

Terapeutas da Fala em Contexto Clínico e Práticas Centradas na Família

Olá!
O meu nome é Liliana Ferreira e este é o meu questionário.
Bem-vindo!

Esta investigação surge como parte integrante da minha Dissertação, no âmbito do Mestrado em Terapia da Fala, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, sob orientação da Professora Doutora Marta Joana de Sousa Pinto.

O presente questionário tem como objetivo analisar a utilização das Práticas Centradas na Família, pelos Terapeutas da Fala Portugueses, que exercem a sua prática em contexto clínico. Define-se como contexto clínico, locais onde os Terapeutas da Fala exerçam as suas atividades tais como: clínicas, hospitais públicos/privados, centros de saúde, centros de reabilitação, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Associações.


O instrumento de recolha de dados é constituído por uma caracterização dos Terapeutas da Fala e pela escala Brass Tacks – versão avaliação – Profissional. As perguntas são maioritariamente de resposta fechada, pelo que se estima um tempo médio de preenchimento de 10 minutos.

Este instrumento respeita o anonimato e confidencialidade dos dados, sendo estes apenas utilizados para fins académicos e científicos. Concluída a investigação, estes dados serão destruídos. A participação neste questionário é voluntária. Os participantes poderão desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização. Não se prevêem quaisquer riscos para os participantes.

Os participantes devem responder às questões tendo por base a sua experiência em contexto clínico e da forma mais sincera possível.

OK

0 de 18 respondidas

1. Aceita participar neste estudo? 

- ☐ Sim
- ☐ Não

PRÓX.

Terapeutas da Fala em Contexto Clínico e Práticas Centradas na Família

Caracterização dos Terapeutas da Fala


* 1. Trabalha em contexto clínico? 

- ☐ Sim
- ☐ Não

ANTER.


PRÓX.

0 de 18 respondidas

2. Sexo 

☐ Masculino


☐ Feminino

3. Qual a sua localização geográfica? 

☐ Região Norte ☐ Região autónoma da Madeira

☐ Região Centro ☐ Região autónoma dos Açores

☐ Região Sul


4. Grau académico (selecione o grau mais elevado que possui) 


☐ bacharelato/licenciatura


☐ pós-graduação

☐ mestrado

☐ doutoramento

5. Anos de experiência profissional 

5 de 18 respondidas 


4. Grau académico (selecione o grau mais elevado que possui) 

☐ bacharelato/licenciatura

☐ pós-graduação

☐ mestrado


☐ doutoramento

5. Anos de experiência profissional 

☐ 0-5 ☐ 16-20


☐ 6-10 ☐ mais de 21


☐ 11-15

6. Anos de trabalho no contexto clínico
(responda, independentemente do número de horas que exerceu ou exerceu neste contexto) 

☐ 0-5 ☐ 16-20

☐ 6-10 ☐ mais de 21


5 de 18 respondidas 

5. Anos de experiência profissional 

☐ 0-5 ☐ 16-20

☐ 6-10 ☐ mais de 21


☐ 11-15

6. Anos de trabalho no contexto clínico
(responda, independentemente do número de horas que exerceu ou exerceu neste contexto) 

☐ 0-5 ☐ 16-20

☐ 6-10 ☐ mais de 21


☐ 11-15

7. Qual(is) o(s) local(is) onde desempenha as suas funções 

☐ Clínica

☐ Hospital público/privado

☐ Centro de saúde

5 de 18 respondidas 

7. Qual(is) o(s) local(is) onde desempenha as suas funções?

☐ Clínica
☐ Hospital público/privado
☐ Centro de saúde
☐ Centro de reabilitação
☐ IPSS
☐ Associação
☐ Equipa Local de Intervenção
☐ Escola
☐ Jardim de infância
☐ Creche
☐ Colégio
☐ Universidade/faculdade
☐ Outra

8. Nas suas sessões, é frequente a família estar presente?

☐ Sim
☐ Não

5 de 18 respondidas

ANTER.

PRÓX.

8. Nas suas sessões, é frequente a família estar presente?

☐ Sim
☐ Não

10 de 18 respondidas

ANTER.

PRÓX.

Terapeutas da Fala em Contexto Clínico e Práticas Centradas na Família

Escala Brass Tacks – versão avaliação do Profissional

A Brass Tacks foi desenvolvida para apoiar os profissionais na avaliação do grau de incidência da abordagem centrada na família, nas suas práticas. Este instrumento também pode servir como veículo de identificação das alterações necessárias a introduzir nos programas ou práticas individuais, no sentido de se tornarem mais centradas na família.

OK

ANTER.

PRÓX.

11 de 18 respondidas

Terapeutas da Fala em Contexto Clínico e Práticas Centradas na Família

Escala Brass Tacks – versão avaliação do Profissional

Etapa 1

As avaliar-se temha em consideração todas as famílias que apoia.

Coluna 1: Classifique-se a si próprio em termos de frequência de cada prática (numa escala de 1 a 5, sendo 1 Nunca e 5 Sempre).

Coluna 2: Classifique o grau de importância que cada prática tem para si (numa escala de 1 a 5, sendo 1 Nada importante e 5 Importantíssimo).

Selecione o número que melhor retrata a frequência e o grau de importância que atribui a cada prática.

OK

Permite que os pais tenham oportunidade de estar presentes em todos os encontros de planificação da avaliação da criança ou de discussão dos seus resultados?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Divulga e explica aos pais os resultados da avaliação imediatamente após a sua obtenção (exs. No mesmo dia)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fornecer aos pais uma cópia do(s) relatório(s) da avaliação?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANTER.

PRÓX.

P. PORTO

INSTITUTO DE SAÚDE

Terapeutas da Fala em Contexto Clínico e Práticas Centradas na Família

Escala Brass Tacks – versão avaliação do Profissional

Etapa 3

As avaliações devem ter em consideração todas as famílias que assistem.

Coluna 1: Classifique-se a si próprio em termos de frequência de cada prática (numa escala de 1 a 5, sendo 1 Nunca e 5 Sempre).

Coluna 2: Classifique o grau de importância que cada prática tem para si (numa escala de 1 a 5, sendo 1 Nada importante e 5 Importantíssimo).

Selecione o número que melhor retrata a frequência e o grau de importância que atribui a cada prática.

OK

* 1. Planificação da Intervenção para a criança e família

	Com que frequência?	Importância desta prática
Oferece aos pais oportunidade de estarem presentes em todas as discussões acerca da planificação da intervenção para o seu filho(a) e para eles mesmos?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13 de 18 respondidas

* 1. Planificação da Intervenção para a criança e família

	Com que frequência?	Importância desta prática
Oferece aos pais oportunidade de estarem presentes em todas as discussões acerca da planificação da intervenção para o seu filho(a) e para eles mesmos?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Os pais têm o poder de decisão em relação aos objetivos e aos processos utilizados para alcançar esses objetivos?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A maioria dos objetivos para a criança, definidos no plano de intervenção, pode ser atingida no período de um ano?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Utiliza as informações e ideias prestadas pelos pais no desenvolvimento do plano de intervenção?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oferece aos pais opções de serviços e recursos disponíveis para atingir os objetivos da intervenção para o seu filho(a)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Respeita as suas decisões em relação aos serviços que o seu filho(a) poderá ou não receber?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Na identificação dos objetivos da intervenção, preocupa-se com as necessidades, desejos e sentimentos de todos os membros da família?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANTER.

PRÓX.

13 de 18 respondidas

Terapeutas da Fala em Contexto Clínico e Práticas Centradas na Família

Escala Brass Tacks – versão avaliação do Profissional Etapa 4

As avaliações serão em consideração todas as famílias que assis.

Coluna 1: Classifique-se a si próprio em termos de frequência de cada prática (numa escala de 1 a 5, sendo 1 Nunca e 5 Sempre).

Coluna 2: Classifique o grau de importância que cada prática tem para si (numa escala de 1 a 5, sendo 1 Nada importante e 5 Importantíssimo).

Selecione o número que melhor retrata a frequência e o grau de importância que atribui a cada prática.

OK

* 1. Prestação de serviços/Apoios Diários

Com que frequência	Importância desta prática
Sempre que vê os pais diz-lhes algo de positivo acerca do seu filho(a)?	
Sempre que vê os pais elogia-os (ou felicita-os) acerca de algo?	

14 de 18 respostas

* 1. Prestação de serviços/Apoios Diários

Com que frequência	Importância desta prática
Sempre que vê os pais diz-lhes algo de positivo acerca do seu filho(a)?	
Sempre que vê os pais elogia-os (ou felicita-os) acerca de algo?	
Certifica-se que os pais têm acesso rápido e direto a todos os elementos da equipa de intervenção?	
Torna conveniente e agradável a participação dos pais, de outros membros da família alargada e amigos nos programas de intervenção (ex. adequação do horário das visitas domiciliárias, ao centro, das reuniões...)?	

Providencia acesso

Com que frequência	Importância desta prática
Providencia acesso fácil às fontes de informação que poderão ser úteis e importantes para os pais (livros, revistas, jornais, artigos especializados, legislação, vídeos, eventos, etc.).	

14 de 18 respostas

ANTER.

PRÓX.

14 de 18 respostas

Terapeutas da Fala em Contexto Clínico e Práticas Centradas na Família

Uma última questão...

1. Realizou alguma formação em Intervenção Precoce e/ou Práticas Centradas na Família

- ☐ Sim
☐ Não

2. Em caso afirmativo, qual?

Terapeutas da Fala em Contexto Clínico e Práticas Centradas na Família

Muito obrigada pela sua colaboração!

ANTER.

CONCLUÍDO

Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética

E-ESS/EXP-1941/2019-DATA: 21-06-2019

P. PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
POLITÉCNICO
DO PORTO

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

1739
Número de Registo da Comissão de Ética
29-5-19
Data receção do Documento
Não
Existência de entradas anteriores
TÍTULO DO TRABALHO
Terapeutas da Fala em Contexto Clínico: práticas centradas na família
INVESTIGADOR RESPONSÁVEL
Liliana Patrícia Ferreira
DATA PREVISTA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO
Início: 21 setembro de 2018 Fim: setembro de 2019
RESUMO DO ESTUDO
OBJETIVOS
Nada a referir.
AMOSTRA
Profissionais de Terapia da Fala
FORMULÁRIO DE DADOS A RECOLHER
Foram referido os instrumentos a usar e constam dos anexos
MATERIAL
Vêm descritos os processos de aplicação e recolha de dados
MÉTODOS
Refere o tipo de estudo
RISCOS
Atendendo ao tipo de estudo não se verifica necessidade de identificar riscos.
CONSENTIMENTO INFORMADO
Está incluído e cumpre os requisitos.
AUTORIZAÇÃO PELOS RESPONSÁVEIS LOCAIS
Dos documentos entregues, verifica-se que tem termo de responsabilidade dos orientadores. Existe autorização por parte dos coordenadores de ATC da ESS
APRECIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA
Após análise do processo verificou-se que foram apresentados os dados necessários a análise do processo
PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA
"De acordo com os dados analisados, o parecer é favorável desde que cumpridas todas as diretrizes submetidas a esta Comissão, recomendando-se que a decisão seja suspensa caso haja algum incumprimento grave."

DATA: 19/06/2019

ASSINATURAS